جراحی اِطلاقی تشریح

جلد اوّل

سلسلۂ نصابِ تعلیم جامعۂ عثمانیہ

سرجیکل اپلائڈ اناٹمی

یعنی

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول

آٹھواں ایڈیشن

مصنفہ

سر فریڈرک ٹریوز بیرونٹ

بہ نظر ثانی

سی سی چوائس۔ سی۔ ایم۔ جی، سی۔ بی۔ ای، بی۔ ایس۔ سی، این۔ زیڈ، ایم۔ ڈی (ایڈنبرگ)، ایف۔ آر۔ سی۔ ایس (انگلستان)

مترجمۂ

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، منشی فاضل۔ رکن سررشتہ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۶ھ م ۱۳۴۷ف م ۱۹۳۷ع

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

ST 01
RO

JAMMU & KASHMIR UNIVERSITY
LIBRARY
No. 5380
Date 25-8-49
SRINAGAR

ST/82

611
ف 12 ج

یہ کتاب مسرز کیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کیگئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول

حصّہ اول - سر اور گردن

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جرّاحی اطلاقی تشریح

جلد اوّل

حصہ اول ۔ سر اور گردن

باب اول

چاندلی

(THE SCALP)

طالب علم کو ضرور تمام سر کا خیال رکھنا چاہیئے، اور اگر اسے چاندلی کے کسی زخم کا معائنہ کرنا ہو تو اسے نہ صرف زخم کے حقیقی حدود معلوم کرنا چاہئیں، بلکہ اسے اپنے تشریح کے علم اور ان تعلقات کی مدد سے جو مریض میں مشاہدہ کردہ امارات سے زخم کو ہیں، ماتحت بافتوں اور بالخصوص مشمولاتِ جمجمہ کو ایذا پہنچنے کے احتمال یا امکان کا بھی استنباط کرنا چاہیئے۔ اگر جمجمہ کا کسر دماغ یا جمجمی سوراخوں میں سے گزرنے والے عروق یا اعصاب کو مضرت پہنچنے سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو تو یہ اتنا عظیم الاہمیت نہیں ہوتا۔ لیکن بحث مضمون کا لحاظ رکھتے ہوئے یہ مناسب ہو گا کہ چاندلی اور عظمی کھوپری اور جمجمی مشمولات کا علیحدہ علیحدہ ذکر کیا جائے۔

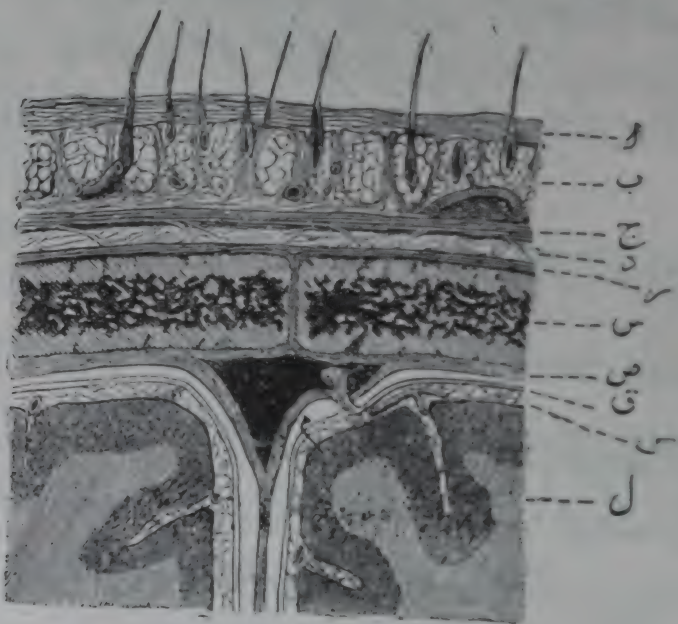
چاندلی کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ وہ نرم حصے ہیں جن سے کھوپری ڈھکی ہوتی ہے - اور یہ حصے طبقات میں مترتب ہیں جو جمجی محراب اور صُدغی خطہ پر کسی قدر مختلف ہوتے ہیں - وہ نرم حصے جن سے محراب مذکور ڈھکی ہوئی ہے پانچ طبقات میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- (۱) جلد، (۲) زیر جلدی شحمی بافت، (۳) بر جمجمی عضلہ (قذالی جبہی عضلہ) اور اسکاو تزعریض، (۴) ڈھیلی زیر بر جمجمی اتصالی بافت، (۵) گرد جمجمہ - 2

اس لئے جب "چاندلی اتاری جاتی ہے" تو یہ طبقہ چہارم کی ڈھیلی زیر بر جمجمی اتصالی بافت پر سے علیحدہ ہو جاتی ہے - لہٰذا اتری ہوئی چاندلی پہلی تین تہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ 'چاندلی' کی اصطلاح کو انہی تینوں ساختوں کے اتحاد تک محدود رکھنے کا رواج عام ہے - مگر امریکہ کے وحشی اصلی باشندوں کے مقابلہ میں جراح اس اصطلاح میں اب اکثر پانچوں طبقات کو شامل کر دیتا ہے۔

(۱) چاندلی کی **جلد** (شکل ۱ - الف) جسم کے ہر حصہ کی جلد سے زیادہ موٹی ہوتی ہے - یہ ہر مقام پر نیچے کے وتر عریض اور عضلہ سے زیر جلدی بافت کے ذریعہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے - اور اس لئے یہ اس عضلہ کی تمام حرکتوں کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔

(۲) **زیر جلدی بافت** ہتھیلی کی زیر جلدی بافت کے مشابہ ہوتی ہے، اور کثیر التعداد لیفی بندوں سے جن میں شحمی لختک کم و بیش منفرد فضاؤں میں بند ہوتے ہیں، مرکب ہونے کی وجہ سے یہ دباؤ کا بخوبی مقابلہ کر سکتی ہے (شکل ۱ - ب) - یہ زیر جلدی بافت جسم کی عمومی سطح کی زیر جلدی بافت کے خلاف ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی - چاندلی کی ڈھیلی بافت جس پر حرکت واقع ہوتی ہے، اور جس میں انصبابات کے جمع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے چوتھا طبقہ ہے جو بر جمجمی عضلہ اور گرد جمجمہ کے درمیان ہوتا ہے - پہلے تین طبقوں کی کثافت کا نتیجہ یہ ہے کہ ان میں انصبابات، جو خواہ نزف کی وجہ سے ہوں یا التہاب کی وجہ سے، پیدا نہیں ہوتے - لہٰذا بالدار چاندلی پر کوفتگیاں نمودار نہیں ہوتیں، اور نہ سطحی التہابات مثلاً سرخ بادہ (erysipelas) ہی میں اس پر ایسے التہاب کے ہر دِ مشہور و معروف خصائص یعنی سرخی اور ورم (سوائے بہت ہی خفیف ہونے کے) نمودار ہوتے ہیں۔

جلد پر دہنی غدد کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اور ان سے بعض اوقات دُہنی دویرے
یا رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے دویرے جسم کے دوسرے حصوں کی نسبت چاندلی پر زیادہ
کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ جلدی بالیدیں ہونے کی وجہ سے یہ رسولیاں عظیم الجسامت ہونے
پر بھی برجمجمی عضلہ سے باہر رہتی ہیں۔ اور اس لئے یہ ڈھیلی زیر برجمجمی اتصال بافت میں مداخلت 3



شکل ا۔ یہ شکل چاندلی کے طبقات اور دماغ کے اغشیہ کی تراشش کو ظاہر کرتی ہے۔
الف، جلد۔ ب، زیر جلدی بافت بالوں کی جڑوں اور عروق کے ساتھ۔ ج، برجمجمی عضلہ۔
د، زیر جمجمی طبقہ۔ ر، گرد جمجمہ۔ س، جداری ہڈی۔ ص، ام جافیہ۔ ق، عنکبوتیہ۔
ک، ام حنونہ۔ ل، قشر وہم زیر جافی فضا میں ایک جسم یکیونی کے قریب جو فوقانی
طولی جوف میں ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

کرنے کے بغیر ہی دور کیے جا سکتی ہیں، اور اسی طرح ان کو دور بھی کرنا چاہئے۔ یہ لازمی طور پر سرائت زدہ
مادہ پر مشتمل ہوتی ہیں جس کا، بلا ضرورت گہرا شگاف دے کر، بے احتیاطی سے زیر برجمجمی بافت پر
انتصاب کر دینے سے خطرناک خلوی التہاب کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔
زیر جلدی بافت کے علاوہ چاندلی میں اور کسی جگہ شحمی بافت نہیں ہوتی۔ اور یہاں بھی

یہ تھوڑی سی اور بند ہوتی ہے۔ اسلئے فربہی میں چاندلی میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چاندلی کے شحمی سلعات بہت نادرالوقوع ہیں، اگرچہ یہ واقع ضرور ہوتے ہیں۔

بالوں کی پیوستگی چاندلی کے ساتھ بہ حیثیت مجموعی اس قدر مضبوط ہے کہ یہ جسم کا تمام وزن برداشت کر سکتے ہیں۔ اور ایسا اکثر ہوا ہے کہ جب کسی عورت کے بال چلتی ہوئی مشین میں آگئے ہیں تو یہ ٹوٹے نہیں بلکہ تمام کی تمام چاندلی زیر برجمجمی ڈھیلی اتصالی بافت پر سے کھوپری سے علیحدہ ہوگئی ہے۔ تی۔ سی۔ چوائس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جو اپنی چاندلی کو کاغذ کے پارسل میں دارالشفا میں لایا تھا۔ اس کو صاف کر کے احتیاط سے ٹانکے لگانے سے اس کا ایک حصہ بچ گیا۔

(۳) **برجمجمی عضلہ** (قذالی جبہی عضلہ) کی کوئی خاص جراحی اہمیت نہیں۔

(۴) **زیر برجمجمی اتصالی بافت** (subepicranial connective tissue) جو چاندلی کا چوتھا یا خطرناک رقبہ ہے سرجن کے لئے عظیم الاہمیت ہے۔ یہ ڈھیلی اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور برجمجمیہ اور گرد جمجمہ کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱ ۔ د)۔ اس طبقہ کا ڈھیلا پن ہی برجمجمی عضلہ کو حرکت پذیری کی اجازت دیتا ہے اور اسی وجہ سے چاندلی حادثات میں بڑے بڑے دامنوں کی شکل میں جو منہ پر بھی لٹک آتے ہیں علیحدہ ہو جاتی ہے۔ امتحاناتِ بعد الموت میں چاندلی کو اسی ڈھیلے طبقہ پر سے اتارنے سے کھوپری منکشف ہو جاتی ہے۔ یہ ڈھیلا طبقہ تمام چاندلی پر مسلسل طور پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس کا تسلسل ایک اور اسی قسم کے طبقہ سے قائم ہے جو پیشانی پر واقع ہوتا ہے، لہٰذا اس لیول پر واقع ہونے والے التہابی انصبابات کو سارے سر پر پھیلنے سے روکنے کے لئے کوئی چیز نہیں۔ چونکہ اسی طبقہ میں بڑے بڑے عروقِ خون اور عروقِ لمف بھی پائے جاتے ہیں، اور نیز بہت سی وریدیں وسیط وریدوں (emissary veins) کے راستہ سے جمجمہ کے اندر کے وریدی جوفوں سے بھی ربط وراہ رکھتی ہیں اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس عمق پر کے التہاب سے اہم جراحی خطرات پیدا ہو سکتے ہیں جن کی وجہ سے اس رقبہ کو خطرناک رقبہ کے نام سے موسوم کرنا جائز ہے۔

(۵) گرد جمجمہ (pericranium) ہڈی سے بہت کم منضم ہوتا ہے۔ مگر

5 درزوں پر یہ مضبوطی سے چپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱-۴)۔ دیگر مقامات پر سے یہ جراحی عملیوں یا اتفاقی چوٹوں میں کھوپری پر سے با آسانی بڑے بڑے حصوں میں اتر سکتا ہے۔
نیچے کی ہڈی کے لئے مغذّی غشا ہونے کی حیثیت سے گردِ جمجمہ اور دوسرے مقامات کے گردِ عظمہ میں فرق یہ ہے کہ قبل الذکر کو امِ جافیہ (dura mater) سے مزید تقویت پہنچتی ہے۔ گردِ جمجمہ کو کھوپری کی محراب کے معتدبہ حصہ پر سے اتار لینے سے بھی قلیل المقدار سطحی انقشار کے علاوہ جو شاید پیدا ہو جاتا ہو تنخر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ جمجمی ہڈیوں کی رسدِ خون زیادہ تر امِ جافیہ (dura mater) سے آتی ہے۔ مزید برآں گردِ جمجمہ کے اس خاصہ کی توضیح اس کے اس فعل سے بھی ہوتی ہے جو جمجمی ہڈیوں کے تنخر کی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ لمبی ہڈی میں تنخر واقع ہونیکی صورت میں رمّہ (sequestrum) کی علیحدگی چند ہفتوں ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی نئی ہڈی میں گردِ عظمی بالیدگی بڑے زور سے رونما ہوتی ہے جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رمّہ (sequestrum) کی علیحدگی سے جو جگہ خالی رہ گئی ہے وہ پُر کردیجائے، مگر کھوپری کی محراب میں تنخر ظاہر ہونے کی حالت میں رمّہ کی علیحدگی بہت آہستہ ہوتی ہے اور نئی ہڈی طیار نہیں ہوتی اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، اور نیز رخنہ بغیر مرمت ہی کے رہ جاتا ہے۔ نئی ہڈی پیدا کرنے کے لئے گردِ جمجمہ میں ایک عمومی متغائرت پائی جاتی ہے۔ اور اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کسی جمجمی نقص کے موجود ہونے کی حالت میں، جیسا کہ عملیہ کے بعد رہ جاتا ہے، دردِ سر اور آگے کی طرف جھکنے میں عدمِ توازن کے موجود ہونے اور دیگر شکائت کردہ علامات کو رفع کرنے کے لئے رخنہ کو پُر کرنے کی غرض سے جراحتی تدابیر کی ضرورت ہوتی ہے۔

صُدغی خطہ میں چاندلی کے آٹھ طبقات شناخت کئے جاسکتے ہیں.

یعنی (۱) جلد، (۲) سطحی ردا، (۳) کان کے چھوٹے چھوٹے خارجی عضلات، (۴) برجمجمی وترِ عریض کی باریک کور، (۵) ایک باریک ردا جو صدغی حید سے صیوان الاذن کی طرف کو جاتی ہے، (۶) صدغی ردا، (۷) صدغی عضلہ، اور (۸) گردِ عظمہ۔

محراب کی نسبت یہاں سطحی ردا کم گھنی ہوتی ہے اور اس میں شحمی ذرات کم دکھائی دیتے ہیں۔ برجمجمی وترِ عریض صدغی ردا پر ایک باریک تہ کی شکل میں پھیل کر کوئی واضح کنارہ ظاہر کئے بغیر

غائب ہو جاتا ہے۔

صدغی حفرہ (temporal fossa) میں چربی بہت ہوتی ہے۔ اور لاغر اشخاص میں اس کے انجذاب سے وجنہ (zygoma) اور عظم العارض باہر کی طرف ممیز طور پر ابھر آتے ہیں۔ 6

وجنہ (zygoma) کے اوپر کی طرف صدغی عضلہ بہت گھنی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے جس کا نام صدغی ردا ہے۔ یہ ردا اوپر کی طرف عظامِ جبہی و جداری کے صدغی حید سے اور نیچے کی طرف وجنی قوس سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ تحت صدغی ازالۂ ضغطہ (subtemporal decompression) کے عملیہ میں جو دروں جمجمی دباؤ کو رفع کرنے کے لئے کیا جاتا ہے کھوپری کے عظمی حصہ میں رخنہ بنانے کے بعد اس ردا میں پھر ٹانکے لگا دئے جاتے ہیں۔ اس سے دماغ کی جو اسکے نیچے ہوتا ہے کسی قدر محافظت ہو جاتی ہے اور یہ باہر کی طرف زیادہ ابھرنے نہیں پاتا۔

صدغی خطہ میں جو الضبابات ظہور پذیر ہوتے ہیں وہ وجنہ (zygoma) کے اوپر سے سطح تک آنے سے اس ردا کی وجہ سے رک جاتے ہیں۔ اور اسی لئے جنیحی (pterygoid) اور فکی (maxillary) خطہ جات اور گردن میں بآسانی پھیل جاتے ہیں۔ خون کی زیر بر جمجمی و عابدریاں اس خطہ کے قرب و جوار میں نہایت ہی نادر الوقوع ہیں کیونکہ یہاں پر گرد عظمہ کھوپری سے محراب کے دیگر حصوں کی نسبت بہت زیادہ مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔

چاندلی کے عروقِ خون۔

فوق محجری (supraorbital) شریان اور اعصاب فوق محجری کٹاؤ سے جو بالائی محجری کور کے درمیانی اور اندرونی ثلث کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اوپر کی طرف کو عموداً جاتے ہیں۔ خط وسطی کے قریب جبہی (frontal) شریان اور فوق البکری (supratrochlear) عصب اوپر کی طرف کو چڑھتے ہیں۔ یہ شریان اس دامن کے لئے باعثِ حیات ہے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) میں نئی ناک طیار کرنے کے لئے پیشانی سے لیا جا سکتا ہے۔ صدغی (temporal) شریان وجہی (facial) عصب کی اذینی صدغی (auriculo-temporal) شاخ کی رفاقت میں اس (شریان) کے پیچھے ہوتی ہے اور وجنہ کے قاعدہ کو کان کے عین آگے سے کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یہ عرق وجنہ (zygoma) کے دو انچ اوپر دو انتہائی شاخوں (مقدم اور موخر) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔

ان شاخوں میں اور خاص کر شاخ مقدم میں صلابت الشریانی پیچ اکثر بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ ان شاخوں میں دوالی نما انورسما (cirsoid aneurysm) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور چاندلی کی دوسری شریانوں مثلاً قذالی شریان میں یہ اتنی کثرت سے واقع نہیں ہوتا۔ موخر اُذینی (posterior auricular) شریان اور عصب (جو وجہی سے نکلتا ہے) زائدہ حلمیہ اور کان کے درمیان کے میزاب میں سے گذرتے ہیں، اور قذالی (occipital) شریان اور کبیر قذالی (great occipital) عصب (جو دوسرے عنق میں سے نکلتا ہے) قذالی ابھار (occipital protuberance) اور زائدہ حلمیہ کے درمیانی نقطہ کے ذرا اندر کی طرف سے چاندلی کی طرف گذر جاتے ہیں۔ چاندلی کو رسد پہنچانے والی شریانیں اور اعصاب زیادہ تر اوپر کی جانب کو قمۃ الراس (vertex) کی طرف جاتے ہیں۔ لہٰذا عرقی اور عصبی رسد بافراط حاصل کرنے کے لئے عملیہ جات میں چاندلی کے دامنوں کا خاکہ اس طرح طیار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے عریض قاعدوں پر نیچے کی طرف کو مڑ جائیں اور اس امر کا لحاظ عموماً رکھا جاتا ہے کہ رسد مذکور کا کم از کم ایک عمدہ ماخذ ان میں موجود ہو۔ جمالیاتی اغراض کی بنا پر شگاف بالدار چاندلی پہ بنانے کی کوشش کرنا چاہئیے اور اگر کسی صورت میں معرا جلد میں مداخلت کرنا لازمی ہو تو اسے کسی طبعی خط مثلاً صدغی حید (temporal ridge) پر سے کاٹنا چاہئیے۔ بعض حالتوں میں اس طریقہ سے بغیر کسی بدشکلی کے زیادہ گنجائش حاصل کیجا سکتی ہے کہ دامن بنانے کے لئے جو شگاف دیا جاتا ہے اسکے ایک جارحہ کو نیچے کی طرف کان کے پیچھے سے زائدہ حلمیہ کے اوپر تک بڑھا لیا جائے اور پھر صیوان الاذن کے غضروفی حصہ کو منفذ سمعی خارجی (صماخ) (external auditory meatus) سے کسی قدر علیحدہ کر دیا جائے۔ چاندلی کی کثرتِ عرقیت اور یہ امر کہ عروق زیادہ تر زیر جلدی بافت یعنی ڈھیلی زیر بند ھجی بافت کے اندر سے اسکے قدرتی خط علیحدگی سے اوپر ہی گذرتے ہیں اغشاش کا انسداد کرنے کے لئے دو قوی اسباب ہیں۔ دریدہ چاندلی کے بڑے بڑے دامنوں کا رجحان مردہ ہو جانے کی نسبت زندہ رہنے کی طرف زیادہ ہوتا ہے خواہ وہ ایک وسیع حد تک ہی علیحدہ ہو گئے ہیں یا تقریباً الگ ہی کیوں نہ ہو گئے ہوں۔ دباؤ سے چاندلی میں گنگرین کا واقع ہونا نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔

ان زخموں سے نزف بالعموم بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس کا روکنا مشکل ہوتا ہے۔ اس امر کا انحصار اتنا تعدادِ عروق پر نہیں ہوتا جتنا کہ اردگرد کی بافت کی بستگی

اور شریانوں کے بیرونی طبقہ کے چاندلی کی ساخت کے ساتھ منضم ہونے اور اس لئے کاٹے جانے
پر ان کے بخوبی باز کشیدہ نہ ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چمٹی کے ذریعہ سے چاندلی میں سے
کسی کٹی ہوئی شریان کو پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔ جریانِ خون کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے 8
کہ مزاحم کھوپری پر جو اس کے نیچے ہوتی ہے دباؤ ڈالا جائے، اور کٹے ہوئے عرق کے نیچے سے
سوئی گذار کر بندشِ لگائی جائے۔ اگر چاندلی اتفاقی طور پر پھٹ کر علٰحدہ ہو جائے یا عملیہ میں
دامن بنانے کی ضرورت ہو تو سر کے اردگرد ربڑ کا بند باندھنے یا دامن کے قاعدہ کو کسی اوزار
سے، مثلاً معوی شکنجہ کے بازوؤں میں دبا دینے سے جریانِ خون کا عارضی السداد کیا جا سکتا ہے،
اور یا مددگار کا ہاتھ سے دامن کے قاعدہ پر صرف دباؤ ڈالنا ہی اتنا احتباس الدم پیدا کر سکتا
ہے کہ اس سے سرجن خون کا شدید نقصان ہونے سے پیشتر ہی عروق کو فرداً فرداً بندشوں
سے باندھ سکتا ہے۔

جراحی میں بعض **وسیط وریدیں** (emissary veins) عظیم الاہمیت ہیں۔ یہ وریدیں جمجی دیوار کے روزنوں میں سے گذرتی ہیں، اور درون جمجی جوفوں اور بیرونی وریدوں کے درمیان ربط پیدا کرتی ہیں۔ بڑی بڑی وسیط وریدیں مندرجہ ذیل ہیں:۔

(۱) سب سے بڑی ورید جو ہمیشہ پائی جاتی ہے حلمی سوراخ (mastoid foramen) میں سے گذرتی ہے اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخر اذینی (posterior auricular) ورید یا کسی قذالی (occipital) ورید سے ملاتی ہے۔ (۲) ایک دوسری ورید فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کو جداری سوراخ (parietal foramen) کے راستہ سے چاندلی کی وریدوں سے ملاتی ہے۔ (۳) ایک اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخر قندالی سوراخ (posterior condylar foramen) کے راستہ سے کمر اور گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہے (یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی)۔ (۴) چھوٹی چھوٹی وریدیں بارھویں عصب کے ساتھ مقدم قندالی سوراخ (anterior condylar foramen) میں سے گذرتی ہیں اور قذالی جوف (occipital sinus) کو گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہیں۔ (۵) چھوٹی چھوٹی وریدیں بیضوی سوراخ (foramen ovale)، سوراخ ویسلیئس (foramen of Vesalius)، سوراخ وریدہ وسطی (foramen lacerum medium)، اور قنال سباتی (carotid canal) میں سے گذرتی ہیں اور کہفی جوف (cavernous sinus)

کو (علی الترتیب) جنیحی وریدی ضفیرہ (pterygoid venous plexus)، بلعومی ضفیرہ (pharyngeal plexus)، اور داخلی وداجی ورید (internal jugular veins) سے ملاتی ہیں۔

مزید برآں بہت سی چھوٹی چھوٹی وریدیں چاندلی کی وریدوں کو عظام جمجمہ کے ڈپلوئی (diploe) کی وریدوں سے ملاتی ہیں۔ ڈپلوئی کی چار وریدوں میں سے دو (جبہی اور مقدم صدغی) سطح کی وریدوں (فوق محجری اور عمیق صدغی) میں داخل ہو جاتی ہیں، اور باقی دو (موخر صدغی اور قذالی) جانبی جوف میں کھلجاتی ہیں۔ اخیر میں ایک اور مشہور و معروف ربط 9
باقی ہے جو خارجی اور داخلی جمجمی وریدی دورانات کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور یہ محجر کے اندرونی زاویہ پر وجہی ورید کے ابتدائی مقام سے عمل میں آتا ہے۔ اس ربط میں زاویئی (angular) اور فوق محجری (supra-orbital) وریدیں فوقانی چشمی (superior ophthalmic) ورید سے جو کہفکی جوف (cavernous sinus) کی ایک معاون ہے متحد ہوتی ہیں۔ انفی کہفوں کے اندر کی اور اذنِ وسطی کی وریدیں بھی اغشیہ (meninges) کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہیں۔ ان مختلف مجاری اور بہت سی اُن وریدوں میں سے جو بہت ہی کم واضح ہوتی ہیں، التہابی اعمال کھوپری کی سطح پر سے اندر تک پھیل سکتے ہیں، چنانچہ چاندلی کے سرخ بادہ (erysipelas) اور اس کے انتشاری تقیح اور جمجمی ہڈیوں کے تنخر اور اسی قسم کے دوسرے عوارض میں سرائت بعض اوقات عظام جمجمہ کے متوسط طبقہ تک پھیل جاتی ہے، یا اس سے التہاب سحایا (meningitis) یا وریدی جوفوں میں علقیت پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر وسیط وریدیں موجود نہ ہوں تو چاندلی کے تضررات اور امراض سے پیدا شدہ خطرہ نصف رہ جائے۔

بالائی لب اور ناک کے اطراف کے شب چراغوں (carbuncles) یا دوسری سرایتوں سے کہفکی جوف کی سرائتی علقیت کے پیدا ہونے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔

گاہے گاہے مرض کی سرائت وسیط ورید کے ذریعہ سے اندر کی طرف سے باہر کی طرف کو بھی پھیل جاتی ہے۔ ایرکسن (Erichsen) ایک مریض کے متعلق اطلاع دیتا ہے کہ اس میں حلمی ورید کے راستہ سے علقیت زدہ اور متقیح جانبی جوف (lateral sinus) میں سے پیپ خارج ہوتی تھی اور اس سے ایک عنقی خراج پیدا ہو گیا تھا۔

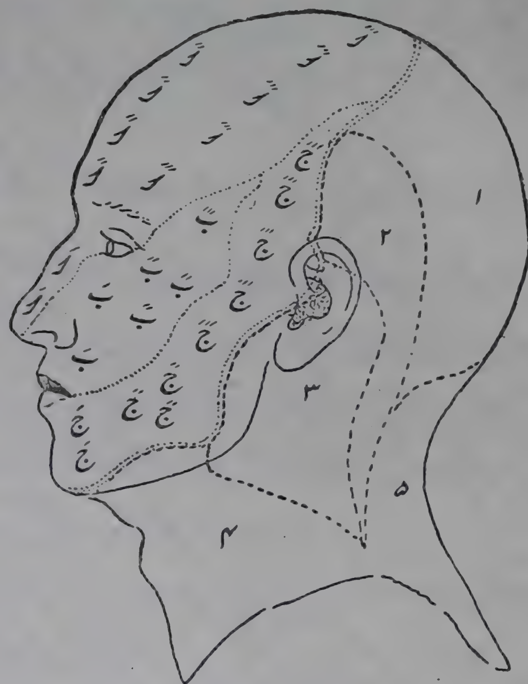
کھوپری پر بعض وریدی **سلعات** (venous tumours) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعات وریدی خون کے اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گردجمجمہ کے نیچے ہوتے ہیں، اور کھوپری کے سوراخوں کے راستہ سے فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ ان کا محل وسطی ہوتا ہے اور دبانے پر یہ رجعت پذیر ہوتے ہیں۔ نیز ان میں ایک خفیف سا نبضان بھی موجود ہوتا ہے جو دماغ سے آتا ہے۔ یہ سوراخ بعض اوقات حادثات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے بعض ہڈی کے مرض یا کسی جسم پکیونی (Pacchionian body) پر ذبول واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور چند کسی دوالی نما وسیط ورید یا جمجمہ کے کسی خلقی نقص کی وجہ سے جو خاص طور پر جداری سوراخ (parietal foramen) کے نزدیک ہوتا ہے رونما ہوتے ہیں۔

قذالی اور موخر جداری خطہ جات کے **عروق لمف** قذالی اور حلمی غدد میں داخل ہوتے ہیں۔ اور یہاں سے ان خطہ جات کا لمف جانبی فوقانی عمیق عنقی غدد (lateral superior deep cervical glands) میں چلا جاتا ہے۔ لہذا مرض تقمل الراس (pediculosis capitis) میں جس میں کہ طفیلیئے خاصکر قذالی حصّہ کو سرائت زدہ کرتے ہیں، ان تمام غدد کے کلافی یافتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جبہی اور مقدم جداری خطوں کے عروق لمف نکفی غدد (parotid glands) میں جاتے ہیں۔ مگر جبہی خطہ کے بعض عروق وجہی عروق لمف سے ملجاتے ہیں، اور زیرفکی غدد (submaxillary glands) میں جاکر ختم ہوجاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 288)۔

چاندلی کے بڑے بڑے اعصاب مندرجۂ ذیل ہیں:-

(ا) حرکی (motor)۔ (ا) وجہی (facial) عصب کی صدغی (temporal) شاخیں وجنہ سے اوپر کی طرف کو جاتی ہیں، اور قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) کے پیچھے اور عضلہ محیط الجفنیہ (orbicularis palpebrarum) اور عضلہ گمشتہ حاجبہ (corrugator supercilii) کو رسد بہم پہنچاتی ہیں۔ (ب) وجہی عصب کی موخر اذنی شاخ حلمی زائدہ کے سامنے کی طرف پر سے گذر کر کان کے عین نیچے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور اس کے ساتھ موخر اذنی شریان ہوتی ہے۔ یہ قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis)

کے قذالی پیٹھے کو رسد پہنچاتی ہے۔
(۲) حسی (sensory)۔ چہرہ اور چاندلی کی حسی رسد شکل ۲ میں دکھائی گئی ہے۔ 11
کبیر قذالی (great occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت



شکل ۲ - چہرہ اور چاندلی کے عصبی رقبہ جات۔ ا ا۔ پانچویں جمجمی عصب کی پہلی قسمت کی تقسیم۔
اَ - انفی شاخ۔ اُ - فوق البکری۔ اً - فوق محجری۔
ب ب۔ دوسری قسمت کی تقسیم۔ بَ - زیر محجری شاخ۔ بُ - عارضی شاخ۔ بً
صدغی شاخ۔
ج ج - تیسری قسمت کی تقسیم۔ جَ - ذقنی شاخ۔ جُ - بوقی شاخ۔ جً - اذینی صدغی۔
۱ - کبیر قذالی کا رقبہ۔ ۲ - صغیر قذالی کا رقبہ۔ ۳ - کبیر اذینی کا رقبہ۔ ۴ - سطحی عنقی
کا رقبہ۔ ۵ - تیسرے قذالی کا رقبہ۔

سے، صغیر قذالی (small occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی مقدم ابتدائی قسمت
سے، کبیر اذینی (great auricular) عصب دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے،

اور تیسرا افذائی عصب تیسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت سے پیدا ہوتا ہے۔

پانچویں عصب کی شاخوں میں اکثر شدید وجع العصب (neuralgia) پیدا ہوجاتا ہے۔ اور اس کا علاج اب زیادہ تر یا تو بذریعہ عملیہ اور یا الکحل کے اشراب سے عقدہ گیسری (Gasserian ganglion) میں مداخلت کرنے سے کیا جاتا ہے۔ اس کا ذکر اس باب میں کیا جائے گا جس میں چہرہ کا ذکر کیا گیا ہے (صفحات 137، 144)۔

چاندلی کے زخم۔ چاندلی کی بافتوں کے بستہ اور تنیدہ ہونے اور اسکے نیچے کھوپری کے موجودہ ہونے کی وجہ سے ایک دلچسپ جراحی اور طبی قانونی نکتہ پیدا ہوتا ہے کہ کسی کند شئے مثلاً کریدنی یا پولیس کے سپاہی کے ڈنڈے سے ماری ہوئی ضرب سے ایسا چرا ہوا زخم پیدا ہوسکتا ہے جس کے دیکھنے سے یہ معلوم ہو کہ یہ کسی تیز آوزار سے کٹا ہوا زخم ہے۔ یہ حادثہ بزغالہ کے چمڑے کے دستانوں کے پھٹنے کے مشابہ ہے جبکہ ان پر ایسی حالت میں ضرب لگے جبکہ یہ ڈگیوں پر کھینچ کر تنے ہوئے ہوں۔

اگر زخم صرف جلد اور زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوا ہے تو اس کے لب ہرگز کشادہ نہیں ہوتے۔ لیکن اگر برجمجمیہ کٹ گیا ہو تو زیر برجمجمی طبقہ کے ڈھیلے پن اور عضلہ برجمجمیہ کے انقباض کی وجہ سے زخم کے کناروں کے دور تک علٰحدہ ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر زخم عضلۂ مذکور کے طویل محور سے مستعرض واقع ہوا ہو تو لبوں کی کشادگی کے خاص طور پر معتدبہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ 12

جریانِ خون کے بکثرت واقع ہونے اور اسکے بند کرنے کے طریقہ پر بحث کیجاچکی ہے (صفحہ 7)۔ مزید برآں جس آسانی سے چاندلی کے زخم مندمل ہوتے ہیں اس کا ذکر بھی کیا جاچکا ہے۔ چاندلی کے زخم کا علاج کرنے میں زخم کو احتیاط سے صاف کرنا اور بعدازاں اسکے متعلق مکمل تحقیقات کرنا خاص طور پر ضروری ہوتا ہے۔ اور اس کے لئے اکثر معدمِ حس کی ضرورت ہوتی ہے۔ جن زخموں سے ہڈی معرا ہوجائے یا جو خطرناک زیر برجمجمی طبقہ میں کھل جائیں وہ صفحہ 4 پر دئے ہوئے اور مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر خاص اہمیت رکھتے ہیں۔

چاندلی کے خطہ کے خراجات (۱) برجمجمی وتر عریض کے اوپر، (۲) وترِ عریض

اور گرذجمجمہ کے درمیان، اور (۳) گرذجمجمہ کے نیچے واقع ہوسکتے ہیں۔ محل اول میں جو خراج پیدا ہوتے ہیں وہ ہمیشہ چھوٹے اور نسبتاً قلیل الاہمیت ہوتے ہیں۔ کیونکہ یہاں پر چاندلی کی بافت کی کثافت ایسی ہوتی ہے کہ تقیح نہایت مشکل سے پھیل سکتا ہے۔ مگر دوسرے محل کا تقیح (وترعریض کے نیچے کی ڈھیلی بافت کا) بعض اوقات بہت خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ جب پیپ وترعریض اور گرذجمجمہ کے درمیان ایک دفعہ رستہ بنالیتی ہے تو اس بافت کا ڈھیلاپن خراج کے پھیلاؤ کے لئے ہر قسم کی سہولت پیش کرتا ہے۔ اس رقبہ کا تقیح بعض اوقات تمام چاندلی کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ اور ایسی حالتوں میں جبکہ تقیح شدید ہوا ہو اور اس کا تدارک نہ کیا گیا ہو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ چاندلی خراج پر اس طرح واقع ہے جیسا کہ کسی قسم کے آبی بستر (water-bed) پر رکھی ہے۔ چونکہ چاندلی کے زخموں میں وترعریض اکثر کٹ جاتا ہے، اور تضرر کے بعد تقیح کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ان ضررات کے عظیم ترین خطرہ کا دارومدار اس قسم کے تقیح کے اسی ڈھیلی اتصالی بافت کے رقبہ تک پھیل جانے پر ہوتا ہے۔ چاندلی کے زخم میں تھوڑی سی ہڈی کے معرا ہوجانے کی، اسکو نقصان پہنچنے کے لحاظ سے، اتنی اہمیت نہیں، جتنی کہ چاندلی کا خطرناک رقبہ کھل جانے کی ہے کیونکہ وترعریض یقینی طور پر کٹ جاتا ہے۔ جب اس رقبہ میں تقیح واقع ہوجاتا ہے تو اس کی تحدید صرف قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) اور اس کے وترعریض کی چسپیدگیوں ہی سے ہوتی ہے۔ لہٰذا وہ زیر ترین مقامات جن پر سے پیپ خارج کیجاسکتی ہے اس خط پر واقع ہونگے جو سر کے گرد سامنے کی طرف سے ابروؤں پر سے شروع ہوکر وجنہ کے ذرا اوپر سے گذرتا ہوا اعظم قذالی کے فوقانی منحنی خط پر ختم ہوجاتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ خراجات چاندلی کے خواہ کتنے ہی وسیع رقبہ کی بھی تقطیع کیوں نہ کردیں، چاندلی تباہ نہیں ہوتی، کیونکہ جیسا کہ اوپر بیان ہوچکا ہے اسکی رسد خون اسکے ساتھ ہوتی ہے۔ چاندلی کا خراج اکثر بہت آہستہ آہستہ بند ہوتا ہے کیونکہ اس کی دیواروں کو زجمجی عضلہ کی متواتر حرکت سے مکمل آرام نہیں ملتا۔

13

گرذجمجمہ کے نیچے جو خراجات واقع ہوتے ہیں وہ لازمی طور پر ایک ہڈی تک ہی محدود ہوتے ہیں۔ کیونکہ درزوں پر اس غشا کے اندر چلے جانے سے تقیح زیادہ وسیع پیمانہ پر پھیل نہیں سکتا۔

چاندلی کے خطہ کے دموی سلعات (hæmatomata) یا سلعات خون

(blood tumours) انہی مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر خراجات واقع ہوتے ہیں۔
خون کی وعابدری وترعریض پر لازمی طور پر محدود ہوتی ہے مگر اسکے نیچے یہ بہت وسیع بھی ہوتی ہے۔ خوبیٔ قسمت سے وترعریض اور گرذجمجمہ کے درمیان کی خلوی بافت میں بہت کم عروق خون ہوتے ہیں۔ لہٰذا اس بافت میں بڑی بڑی وعابدریاں قلیل الوقوع ہیں۔

گرد جمجمہ کے نیچے خون کی جو وعابدریاں واقع ہوتی ہیں انکو راسی دموی سلعات (cephalhæmatomata) کے نام سے عام طور پر تعبیر کیا جاتا ہے۔ یہ لازمی طور پر ایک ہی ہڈی تک محدود ہوتے ہیں اور عموماً بوقت پیدائش سر پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ لہٰذا یہ ایک عظم جداری پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ اور یہ وہی ہڈی ہے جو دباؤ پڑنے کے لئے شاید سب سے زیادہ معرا ہے۔ لڑکوں میں ان کے کثرت سے پائے جانے کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ نرینہ جنین کا سر بڑا ہوتا ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصّہ میں ایسی وعابدریوں کو گرذجمجمہ کے ڈھیلے ہونے اور ماتحت ہڈیوں کے نرم اور کثیر العروق ہونے سے مدد ملتی ہے۔

14

باب دوم

جمجمہ کی عظمی محرابی چھت

(THE BONY VAULT OF THE CRANIUM)

سختی اور لچک۔ جراحی نقطہ نگاہ سے جو دلچسپی کھوپری میں پائی جاتی ہے وہ عظمی کھوپری میں نہیں، بلکہ اس کے مشمولات اور اس کے سوراخوں میں سے گذرنے والی ساختوں میں پائی جاتی ہے۔ اسکے کسر کی جیسا کہ باب اول میں ذکر کیا گیا ہے کچھ اہمیت نہ ہوتی اگر اس کے ساتھ دماغ، طبلی ساختوں، یا عصب بصری کو اس کثرت سے نقصان نہ پہنچتا۔ ایک مریض میں جو میرے (مسٹر۔ سی چوائس) مشاہدہ میں آیا کھوپری کے قاعدہ کے مکسور ہونے کی صرف یہی ایک واضح سریری امارت پائی جاتی تھی کہ اس کی ایک آنکھ میں عصبی فقدان بصارت موجود تھا۔ مریض کو اس وقت تک اس کا علم بھی نہیں تھا جب تک کہ اس امر کا مشاہدہ نہیں کر لیا گیا کہ اسکی اسی آنکھ کا حدقہ ثبت اور متسع ہے۔ اسکے بعد ایک امتحان سے ظاہر ہو گیا کہ اس آنکھ کی تمام بینائی ضائع ہو چکی ہے، اور بصری ذبول موجود ہے۔ ایک اور مریض میں صرف یہی ایک امارت پائی جاتی تھی کہ طبلی غشا (tympanic membrane) میں ایک ورید گی موجود تھی جو اذنی منظار (aural speculum) سے دکھائی دیتی تھی۔ جریان خون صماخ تک نہیں پہنچا تھا۔ سکتہ کے زیادہ دیر تک رہنے سے مریض کا انتقال ہو گیا اور

لاش کا امتحان کرنے پر کھوپری کے قاعدہ میں ایک عریض انشقاق پایا گیا۔

کھوپری کو استوار صندوقچہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ تمام عمر اس میں معتدبہ لچک موجود رہتی ہے۔ چوٹوں سے اس میں کافی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعدازاں پھر یہ اپنی اصلی شکل پر آجاتی ہے۔ دماغ کو تضرر پہنچنے کی توضیح جس میں کھوپری کا کسر واقع نہیں ہوتا اسی طرح کیجا سکتی ہے۔ زندگی میں کھوپری، دماغ، اغشیہ اور سیال سے بالکل پُر ہوتی ہے۔ بدشکلی پیدا کرنے والی چوٹ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یا تو دماغی بافت میں ایک معین وریدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یا دماغی دورانِ خون میں ایک ایسا عارضی تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے پہلے عدم دمویت اور بیہوشی پیدا ہو جاتی ہے اور بعدازاں امتلا اور خراشش پذیری ظاہر ہوتی ہے۔ اغلب ہے 15 کہ ارتجاج (concussion) کے مظاہر کی توجیہ انہی دورانی اختلالات سے ہوتی ہو۔

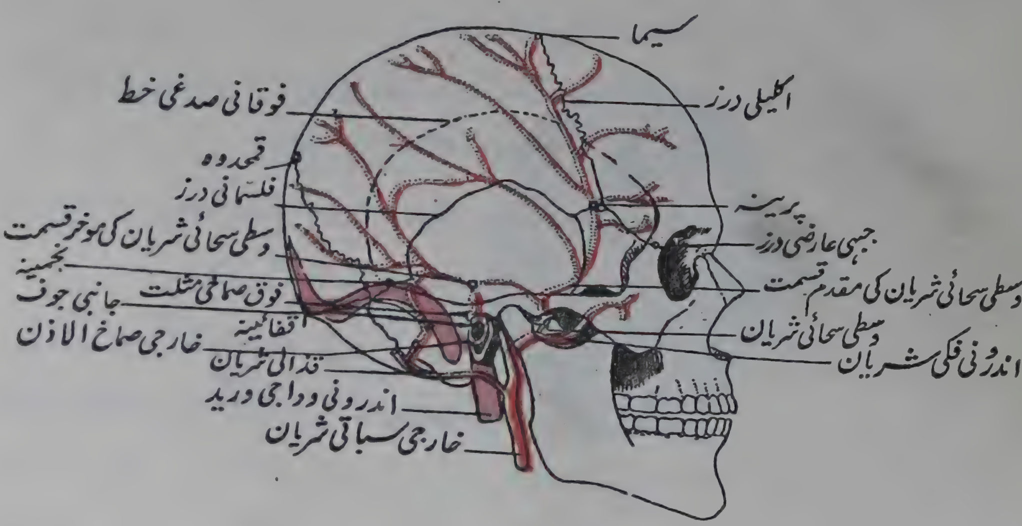
زمانۂ طفولیت میں کھوپری میں بہت لچک پائی جاتی ہے۔ کیونکہ ہڈیاں خود نسبتاً نرم ہوتی ہیں اور ان میں بازجستگی کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ لہٰذا کھوپری بعض اوقات منحنی ہونے ("پنگ پانگ گیند کے کسور") کے بعد بھی بعض اوقات پھیل سکتی ہے۔ زمانۂ شیرخوارگی میں درزوں پر ہڈیوں کے حرکت پذیر ہونے اور یافوخات کی کشادگی کی وجہ سے بعض اوقات بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ پیدائش کے دوران میں ہوتا ہے۔ اور جب بدشکلی پیدا کرنے والی طاقت کا اثر باقی نہیں رہتا تو کھوپری جلد ہی اپنی طبعی شکل پھر اختیار کر لیتی ہے۔ کم عمر بچہ میں کھوپری کے تغیر پذیر ہونے کے خاصہ کی توضیح سر کی اس انتہائی بدشکلی سے ہوتی ہے جو امریکہ کی بعض اصلی قومیں اپنے بچوں کے سر میں زمانۂ شیرخوارگی میں اس کو پٹی سے کس کر باندھ دینے سے پیدا کر دیتی ہیں۔ رائل کالج آف سرجنز میوزیم (Royal College of Surgeons Museum) میں امریکہ کے اصلی باشندوں کی بہت سی "چپٹے سر" کی کھوپریاں موجود ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انکی مصنوعی بدشکلی کس انتہائی درجہ تک پہنچائی جا سکتی ہے۔

ساخت۔ کھوپری اندر اور باہر کے دو الواح اور ایک عروق دار طبقہ متوسطہ یعنی ڈپلوئی (diploœ) سے مرکب ہوتی ہے۔ بیرونی لوح سے گرد جمجمہ درزی خطوط پر منضم ہوتا ہے، اور اندرونی لوح سے جافیہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اندرونی لوح بیرونی کی نسبت زیادہ باریک اور زیادہ پھوٹک ہوتی ہے۔

درزوں کا محل وقوع

سیما (bregma) یا اکلیلی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال اس خط پر واقع ہوتا ہے جو سر کے طبعی وضع پر ہونے کی حالت میں منفذ سمعی خارجی کے عین سامنے سے عموداً اوپر کیطرف کو کھینچا جائے (شکل ۳)۔

قمحدوہ (lambda) یعنی قمحدوی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال قذالی ابھار



شکل ۳ - وسطی سحائی عروق اور جانبی جوف کے ترفان کے لئے مقامات۔

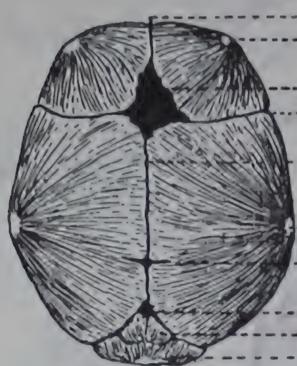
(occipital protuberance) کے ۲½ انچ اوپر خط وسطی میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳)۔

قمحدوی درز (lambdoid suture) کو یہ خط ایک کافی حد تک ظاہر کرتا ہے جو قمحدوہ (lambda) سے زائدہ حلمیہ کے راس تک دونوں طرف کھینچا جائے۔

اکلیلی درز (coronal suture) اس خط پر واقع ہوتی ہے جو سیما (bregma)
16 سے لیکر وجنی محراب (zygomatic arch) کے وسط تک کھینچا جائے۔ اس خط پر جبہی عارضی (fronto-malar) (جبہی وجنی: fronto-zygomatic) اتصال سے ۱½ انچ پیچھے کیطرف اور اسکے لیول سے ½ انچ اوپر **پریینہ** (pterion) ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جس پر

چار ہڈیاں ملتی ہیں - یعنی عظم صدغی کا فلسمان (squama) عظم وتدی (sphenoid) کا بڑا پَر، عظام جبہی و جداری (شکل ۳) فلسمانی درز (squamous suture) کی چوٹی وجنہ سے ۱¾ انچ اوپر ہوتی ہے۔

بعض درزوں اور بالخصوص قمحدوی درز (lambdoid suture) میں چھوٹی چھوٹی بے ڈھنگی **ورمی** (Wormian) یا **درزی ہڈیاں** (sutural bones) ٹھنسی ہوتی ہیں۔ اور یہ بعض اوقات غلطی سے کسر سے پیدا شدہ ہڈی کے ٹکڑے تصور کر لیجاتی ہیں۔ چھلکے کیطرح



شکل ۴ - نوزائیدہ بچہ کی کھوپری، اوپر سے۔

کی ایک درزی ہڈی ہوتی ہے جس کا نام **بر پرینی ہڈی** (epipteric bone) ہے۔ اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ کیونکہ یہ بعض اوقات وسطی سحائی (middle meningeal) شریان پر ترفان کرتے وقت ملتی ہے۔ یہ عظم جداری کے مقدم زیرین زاویہ اور عظم وتدی کے بڑے پر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس سے یہ خیال پیدا ہو جاتا ہے کہ بڑے پر کی نوک علیحدہ ہو گئی ہے۔ سرجن کے لئے درزوں کے محلات وقوع اور انکی شکلوں کا علم ہونا ضروری ہے، تا کہ
چاندلی کے زخم یا جمجمی شعاع نگارش (radiogram) کا امتحان کرتے وقت کوئی درز غلطی سے 17
کسر تصور نہ کر لیجائے۔

جبہینی درز (metopic suture) (شکل ۴) عمر کے ابتدائی حصہ میں، پانچویں

چھٹے سال کے قریب، بند اور غائب ہوجاتی ہے مگر یہ کبھی کبھی سن بلوغ میں بھی برقرار رہتی ہے،
(یورپی کھوپریوں کی تقریباً ۸ فی صدی تعداد میں)۔

طبعی موضوع میں **یافوخات** (fontanelles) کے تمام شائبات اور کھوپری کے
دیگر غیر متعظم حصے (شکل ۴) دو سال کی عمر سے پیشتر غائب ہوجاتے ہیں۔ مگر کساحت (rickets)،
استسقائے دماغ (hydrocephalus)، اور جمجمی ترقوی ناقص تکون عظم (cranio-
cleido-dysostosis) میں یہ کھلے رہتے ہیں۔ جبہی یا مقدم یافوخ سب سے آخر میں بند
ہوتا ہے۔ اور قذالی یا موخر پیدائش کے وقت ہی بھرا ہوتا ہے۔

استسقائے دماغ (hydrocephalus) میں بطینوں کا امتصاص عام طور پر جبہی
یافوخ میں سے یا اسی کے قریب سے کیا جاتا ہے۔ سوئی یا تو یافوخ کے اطراف پر طولی جوف سے
بچنے کے لئے خط وسطی سے کافی فاصلہ پر داخل کیجاتی ہے، اور یا اکلیلی درز میں سے اس کے
نقطۂ وسطی کے علاوہ کسی دوسرے مقام پر گزار دیجاتی ہے۔ استسقائے دماغ (hydrocephalus) 18
کے شدید واقعات میں محراب کی اکلیلی اور دوسری درزیں بہت کھلی ہوتی ہیں۔

کھوپری کی **دبازت** کھوپری کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس
اختلاف کے دوسرے اسباب، عمر، صنف، ذاتی شخصیت، نسل، اور مرض ہیں۔ چنانچہ صدغی
خطہ قذالی یا جبہی ہڈیوں یا زائدہ حلمیہ سے عام طور پر پتلا ہوتا ہے۔ زمانہ طفولیت اور پیرانہ سالی
میں سن بلوغ کی نسبت تمام کھوپری زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ آدمیوں کی ہڈی عورتوں کی نسبت زیادہ
بستہ اور زیادہ دبیز ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فوق مجری فراز اور قفائیہ (inion) عام طور پر
زیادہ اچھی طرح سے نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ حبشیوں کی کھوپری نسبتاً موٹی ہوتی ہے۔ اور امریکہ
کے بعض اصلی باشندوں میں ہڈی پتلی اور بھوٹک ہوتی ہے۔ ہزال جمجمہ (craniotabes)
اور پیرٹ کے کربب (Parrots' nodes) علی الترتیب کھوپری کے مرض کی وجہ سے پتلا اور
موٹا ہونے کی مثالیں ہیں۔ اوسط دبازت ۵ ملی میٹر (۱/۵ انچ) ہوتی ہے۔ اور یہ عمر کیساتھ ساتھ
بدلتی رہتی ہے۔ پیدائش کے موقع پر عظم جداری ۱ ملی میٹر (۱/۲۵ انچ) سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔
تین سال کی عمر پر طبقہ متوسط پیدا ہوتا ہے، اور کھوپری کی بیرونی لوح اندرونی لوح سے ممیز
ہوجاتی ہے۔ بوڑھے آدمیوں میں عظم جداری کی دبازت ۵ ملی میٹر سے لیکر ۱۰ ملی میٹر تک (۱/۵ تا
۲/۵ انچ) ہوتی ہے۔ کھوپری کے سب سے زیادہ موٹے حصے قذالی ابھار (occipital

(protuberance) پر (جہاں اسکی تراش ۱۲ یا ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے) زائدہ حلمیہ پر اور عظم جبہی کے زیرین حصہ پر ہیں۔ زیرین قذالی حفروں (inferior occipital fossæ) اور محجر (orbit) پر یہ ہڈی بہت پتلی ہوتی ہے۔ اور عظم فلسمانی (squamous bone) پر سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ یہاں یہ بعض جگہ دبازت میں ملاقاتی کارڈ سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اور لاشعاعوں کے فوٹوگراف میں یہ ایک نیم شفاف رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں جوفوں (sinuses) اور ان میزابوں پر جو وسطی سحائی (middle meningeal) عروق کے لئے ہوتے ہیں، ہڈی پتلی ہوتی ہے۔ عظم جداری کے مقدم تحتانی زاویہ پر یہ خاص طور پر پتلی ہوتی ہے۔ ترفان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ اندرونی لوح ہمیشہ بیرونی لوح کے متوازی نہیں ہوتی۔

جمجمی ہزال (craniotabes) ایک مرض ہے جس کو بعض کساحت (rickets) سے اور بعض موروثی آتشک سے منسوب کرتے ہیں۔ اور یہ بالعموم عظم قذالی کے بالائی یا لوحی حصہ اور عظام جداری کے ہم پہلو حصوں اور بالخصوص انکے موخر تحتانی زاویوں
پر پایا جاتا ہے۔ ہڈی بعض مقامات پر بہت پتلی ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے ماؤف حصہ جھلی کے 19
کاغذ (parchment) یا کارتوس کے کاغذ کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ ہڈی زیادہ تر اندرونی لوح اور طبقہ متوسطہ کے صرفہ سے پتلی ہوتی ہے اور گڑھے ان نشانات پر واقع ہوتے ہیں جو ان تلافیف سے پیدا ہوتے ہیں جو پہلے پہل بنتی ہیں۔

پیریٹ کے کریب (Parrot's nodes) - موروثی آتشک کے بعض مریضوں میں یہ مسامدار ہڈی کے مدور ارتفاعات کی مانند دکھائی دیتے ہیں، اور مقدم یا فوخ کے قرب و جوار میں جبہی اور جداری ہڈیوں پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ کعابر (bosses) ایک صلیب نما نشیب سے علیحدہ ہوتے ہیں جو ایک طرف تو جبہی اور سہمی درزوں سے اور دوسری طرف اکلیلی درز سے بنتا ہے۔ ان کی مجموعی شکل کی وجہ سے "گرم صلیبی بن کی مانند سر" (hot-cross-bun head) کی اصطلاح کا استعمال کیا گیا ہے اور ایم پیریٹ (M. Parrot) انکو سرین نما (natiform) ارتفاعات کے نام سے موسوم کرتا ہے۔

التہابُ العظم تشوہی (osteitis deformans) میں کھوپڑی کی محراب کی

ہڈیوں میں معتدبہ عمومی دبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ طبقہ متوسطہ اور الواح کے درمیان واضح امتیاز موجود نہیں رہتا۔ کھوپری زیادہ بڑی اور زیادہ گول ہو جاتی ہے۔ اور صدغی حفرات (temporal fossæ) بھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔

بخلاف اس کے **کبر الجوارح** (acromegaly) میں کلانی خاصکر عضلی چسپیدگیوں کے قریب واقع ہوتی ہے اور عظمی حیود زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں۔

کھوپری کا نمو۔ اگر مجموعی طور پر کہا جائے تو کھوپری کا قاعدہ غضروف میں نمو پاتا ہے اور اسکا قبہ غشا میں۔ جو حصے غشا میں بنتے ہیں وہ تکمیل یافتہ کھوپری میں مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔ جبہی اور جداری ہڈیاں۔ صدغی ہڈی کا فلسمانی وجنی حصہ ا اور قذالی ہڈی کے لوحی حصہ کا بیشتر رقبہ۔ ان دونوں حصوں کا درمیانی فرق بعض اوقات مرض میں بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بعض ناقص النمو کم عمر شیر ببروں کی کھوپریوں میں جو اب رائل کالج آف سرجنز کے میوزیم (Museum of the Royal College of Surgeons) میں موجود ہیں، غشائی ہڈیوں میں معتدبہ مسامدار دبازت پائی جاتی ہے اور قاعدہ طبعی ہے۔ استسقائے دماغ (hydrocephalus) میں صرف وہی ہڈیاں ضرورت سے زیادہ پھیل جاتی ہیں جو غشا سے بنی ہوتی ہیں۔ بخلاف اس کے عدم تکون غضروف (achondroplasia) میں قاعدی اور غضروفی ہڈیوں کی بالیدگی عجیب وغریب طور پر رک جاتی ہے۔ اور غشا سے بنے ہوئے عناصر میں کسیقدر تعویضی بیش بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عدم دماغی (anencephaly) میں کھوپری کا قاعدہ یعنی اسکا غضروفی حصہ کم وبیش مکمل طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے۔ اور غشائی ہڈیاں بالکل غائب ہوتی ہیں۔

20

قیلۂ سحائیہ (meningocele) دماغی اغشیہ کا ایک خلقی بروز ہے جو کسی ناقص النمو کھوپری کے رخنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ جب اس میں دماغ موجود ہوتا ہے تو یہ قیلۂ دماغیہ (encephalocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ خارج شدہ دماغ بطینوں میں سیال کے جمع ہونے سے متمدد ہو تو یہ استسقائی قیلۂ دماغیہ (hydrencephalocele) کہلاتا ہے۔ یہ بروزات عظم قذالی میں نہایت کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں، اور اسکے بعد

کثرت وقوع کے لحاظ سے جبہی عارضی (fronto-malar) درز کا نام آتا ہے۔ اور شاذ شاذ حالتوں میں یہ قمحدوی، سہمی اور دوسری درزوں میں بھی دیکھے گئے ہیں نیز یہ کھوپری کے قاعدہ کے طبعی اور غیر طبعی شقاقات (fissures) میں سے مجر، ناک، اور کان میں بھی نکل آئے ہیں۔ ایسے عظم قذالی میں واقع ہونے کی کثرت کی توجیہ اس ہڈی کے نمو کا مطالعہ کرنے سے کسیقدر ہوجاتی ہے۔ یہ ہڈی پیدائش کے وقت چار علٰحدہ علٰحدہ حصوں پر مشتمل ہوتی ہے (شکل ۵)، ایک قاعدی، دو قذال، اور ایک لوحی یا پھیلا ہوا حصہ۔ لوحی حصہ میں جنینی زندگی کے ساتویں ہفتہ کے قریب چار نوات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بالائی اور ایک زیرین جوڑا۔



شکل ۵۔ عظم قذالی پیدائش کے وقت۔

یہ نواتات ایک دوسرے سے ان شقاقات کے ذریعہ سے کسیقدر الگ ہوتے ہیں جو چاروں زاویوں سے شروع ہوتے ہیں، اور اندر کیطرف جاکر قذالی ابھار پر ملجاتے ہیں۔ وہ وقفہ جو سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین زاویہ سے شروع ہوکر قذالی ابھار تک خط وسطی میں جاتا ہے خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ [سٹن (Sutten) کا عارضی قذالی یا فورخ]۔ یہ درون رحمی زندگی کے تیسرے مہینہ سے شروع ہوکر چوتھے مہینہ کے اخیر تک موجود ہوتا ہے۔ قذال کے قیلہ جات سحائیہ (meningoceles) ہمیشہ خط وسطی پر 21
واقع ہوتے ہیں اور بروز غالباً اسی وقفہ میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو وقفہ قیلہ سحائیہ (meningocele) میں پایا جاتا ہے وہ بعض اوقات عظم قذالی کے تمام عمودی طول میں سے گذرتا ہے، اور اکثر سوراخ کبیر (foramen magnum) میں کھل جاتا ہے۔ جانبی یا مستعرض شقاقات ہڈی کو دو حصوں میں تقسیم کردیتے ہیں، جنمیں سے بالائی حصہ غشا سے نمو پاتا ہے اور زیرین حصہ غضروف سے۔ جانبی شقاقات بعض اوقات برقرار رہتے ہیں اور کسور کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں، اور یہ درحقیقت غلطی سے بعض دفعہ کسور ہی تصور کرلئے گئے ہیں۔ بعض خلاف قاعدہ نادرالوقوع حالتوں میں یہ اسقدر مکمل ہوتے ہیں کہ عظم قذالی کے بلند ترین حصہ کو بقیہ ہڈی سے بالکل علٰحدہ کردیتے ہیں۔

جداری شقاقات (parietal fissures)۔ جو عظم جداری نمو پارہی ہو

اس میں تعظم سے تعلق رکھنے والے ریشے ان دونواتات میں سے جو تقریباً مرکز پر واقع ہوتے ہیں محیط کیطرف نصف قطروں کی شکل میں جاتے ہیں تقریباً پانچویں مہینہ میں ایک بین ریشکی فضا جو دوسری فضاؤں سے بڑی ہوتی ہے ان چھدرے عظمی ریشوں کو جو ہمی کنارے کے موخر حصہ کے متصل واقع ہوتے ہیں ان مضبوط تر ریشوں سے علیحدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے جن سے بقیہ کنارہ مرکب ہوتا ہے (پوزی :Pozzi) **جداری شقاق** (parietal fissure) یہی ہوتا ہے۔ یہ بالعموم بند ہوجاتا ہے اور اسکا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ مگر بعض اوقات اسکا کچھ حصہ ایک درز نما شقاق کی شکل میں باقی رہ جاتا ہے اور یہ غلطی سے کسر تصور کیا جاسکتا ہے۔ اگر طرفین پر ان انشقاقات کا مساوی حصہ برقرار رہے تو ایک منطول معین نما خلا باقی رہ جاتا ہے جو سہمی **یافوخ** (sagittal fontanelle) کہلاتا ہے (شکل ۴)۔ یہ قمحدوہ (lambda) کے ایک انچ آگے واقع ہوتا ہے، اور نوزائیدہ بچوں میں سے ۴ فیصدی سے زائد میں پایا جاتا ہے (لی :Lea)۔ جداری سوراخ اسی وقفہ کے بقیہ حصص ہوتے ہیں۔

جمجمی محراب کی ہڈیوں کا تنخر (necrosis) بہ نسبت سابق اب بہت قلیل الوقوع ہے۔ یہ بعض اوقات ایسی صمغینی درریزش (gummatous infiltration) سے نتیجۃً پیدا ہوجاتا ہے جس کا علاج نہ کیا گیا ہوا ور جسکے ساتھ ریم زا عضویات کی سرائت بھی موجود ہو۔ اور بعض اوقات یہ جبہی جوفوں کی شدید سرائتوں کے بعد بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جبہی اور جداری ہڈیوں پر نہایت کثرت سے حملہ آور ہوتا ہے۔ اور کچھ وجوہ کی بنا پر جو ابھی زیادہ واضح نہیں ہوئے عظم قذالی میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ خارجی لوح اکثر اکیلی ہی متنخر ہوجاتی ہے کیونکہ اسکو چوٹ پہنچنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اور نیز اسکی رسد خون اتنی کثیر نہیں ہوتی جتنی کہ اندرونی لوح کی ہوتی ہے۔ اکیلی اندرونی لوح کا تنخر نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ گاہے گاہے ایک وسیع رقبہ نیچے سے اوپر تک جسمیں ہڈی کی تمام دبازت شامل ہوتی ہے ماؤف ہوجاتا ہے۔ کھوپڑی کے چھوٹے چھوٹے رقبوں کا تدرنی ذبول بہت ہی شاذ طور پر دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس سے بعض اوقات ہڈی کا ایک قرص آہستہ آہستہ علیحدہ ہوجاتا ہے۔ اگر تنخر یا ذبول سے اندرونی لوح ماؤف ہوجائے تو بعض اوقات ایک زیر جافی خراج بنجاتا ہے جو دماغی ضغطہ کا باعث ہوتا ہے۔ جب ڈپلوئی (diploë) متاثر ہوجاتا ہے تو اسمیں وریدی علقیت یا تقیحی التہاب ورید پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اور اسطرح جو ضرر شروع ہوجاتا ہے وہ بعض اوقات

پھیلنا شروع کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقہ سے بڑے بڑے درون دماغی جوف بند ہو جائیں یا عفونتی مادہ عمومی دوران خون میں چلا جائے اور اس سے تقیح الدم (pyæmia) پیدا ہو جائے۔ صرف مقامی انتشار ہی سے التہاب سحایہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بیرونی لوح میں تنخر واقع ہونے کی صورت میں اریکی بافت کی بالیدگی جو معرا اور عروق دار ڈپلوئی (deploë) پر واقع ہوتی ہے مردہ ہڈی کے ورقچہ کے انفصال میں مدد کرنے میں ایک بہت اہم فعل سر انجام دیتی ہے۔

عظمی محرابی چھت پر عملیہ جات

(OPERATIONS ON THE BONY VAULT)

ترفان کرنا (trephining) ۔ یہ عملیہ علم الجراحت کا ایک قدیم ترین عملیہ ہے۔ ہمیں یہ معلوم ہو چکا ہے کہ فرانس میں چھ ہزار سال سے بھی کچھ عرصہ پہلے یہ عملیہ سر انجام دیا جاتا تھا، کیونکہ اس زمانہ کی کھوپریوں سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ انہیں ترفان کامیابی سے کیا گیا تھا۔ فی زمانہ یہ عملیہ کھوپری میں ابتدائی دخل حاصل کرنے کیلئے کیا جاتا ہے۔ اور اسکے بعد سوراخ یا تو ہم پہلو ہڈی کے نیچے سے جافیہ علیحدہ کر کے اسکو کلاب سے توڑ دینے اور یا عظمی ترقیعی (osteoplastic) دامن طیار کر لینے سے زیادہ کشادہ بنا لیا جاتا ہے۔

ترفان کرنے سے پہلے **چاندلی کا جو دامن** اٹھایا جاتا ہے اس کا قاعدہ نیچے سے عریض ہونا چاہئے۔ اور اسے عموماً اس طریقہ سے طیار کرنا چاہئے کہ اسمیں کم سے کم ایک بڑا شریانی تنا موجود ہو۔ میری رائے (سی۔ سی۔ چوائس) میں قرین مصلحت یہی ہے کہ ایک ہی دفعہ ہڈی تک کاٹ دیا جائے اور تمام دامن کو ایک ہی تہ میں الٹا دیا جائے، نزف دامن کے قاعدہ کو ہاتھ سے دبانے یا اسپر لچکدار پٹی باندھ دینے سے روک دیا جاتا ہے، دامن کے اٹھائے جانیکے بعد عروق زیادہ آسانی سے پکڑے جا سکتے ہیں اور یا اسکے قاعدہ پر شکنجہ لگا دیا جاتا ہے۔ 23

کھوپری کا ترفان کرنے میں جمجمی دیوار کے مختلف حصوں کی تقابلی موٹائی کا خیال رکھنا

چاہئے ۔ اور فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کے قرب وجوار سے احتراز کرنا چاہئے ۔ آلۂ ترفان کو کھوپڑی کی مختلف دبازت کے مطابق بنانے کے لئے ترفان کے پن کا بروز $\frac{1}{16}$ انچ سے زائد نہ ہونا چاہیئے ۔ صدغی حفرہ (temporal fossa) میں دبازت ۲ سے ۵ ملی میٹر تک ($\frac{1}{12}$ تا $\frac{1}{5}$ انچ) ہوتی ہے ۔ اور قبہ پر عظمی دیوار زیادہ موٹی ہوتی ہے، اور ۵ تا ۱۰ ملی میٹر ($\frac{1}{5}$ تا $\frac{2}{5}$ انچ) کے درمیان ہوتی ہے ۔ ان پیمائشوں کا اطلاق متوسط نمو کے بالغ شخص کے سر پر ہوتا ہے ۔ جوانی اور سر کی جسامت اور شکل کی رعایت کا ضرور خیال رکھنا چاہیئے ۔

جن مختلف ساختوں تک پہنچنا مقصود ہو انکو معرا کرنے کے لئے جن محلات پر ترفان کا سوراخ بنانا چاہیئے انکی سطحی نشاندہی کے لئے بہت سے طریقے نکالے گئے ہیں مندرجۂ ذیل مقامات آسانی سے یاد رہ سکتے ہیں اور چاندلی کا دامن اٹھانے سے پہلے یا اسکے بعد جلد تلاش کئے جاسکتے ہیں ۔

وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی مقدم شاخ

آسانی سے تلاش کیجا سکتی ہے، اور پرینہ (pterion) کے خطہ پر اسے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے ۔ عظم جبہی کے خارجی زاویی زائدہ کے $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے اور وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے کے $1\frac{1}{2}$ انچ اوپر سوراخ کرنے سے یہ عرق اس مقام پر معرا ہو جائے گا جہاں یہ عظم جداری کے پیش زیریں یا وتدی زاویہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے ۔ یہاں یہ شریان اپنی رفیق وریدوں کیساتھ ہڈی کے عمیق میزاب میں موجود ہوتی ہے ۔ اور بعض اوقات میزاب کی جگہ قنال بھی ہوتی ہے ۔ پرینہ (pterion) کے خط پر ہڈی میں کسر واقع ہونے سے جو کہ یہاں پر نسبتاً باریک ہوتی ہے ان وریدوں کا پھٹنا تقریباً یقینی ہوتا ہے ۔ اور ممکن ہے کہ شریان بھی ساتھ ہی ماؤف ہو جائے ۔ اس سے زیر جافی نزف واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے ضغطہ پر منتج ہوتا ہے ۔

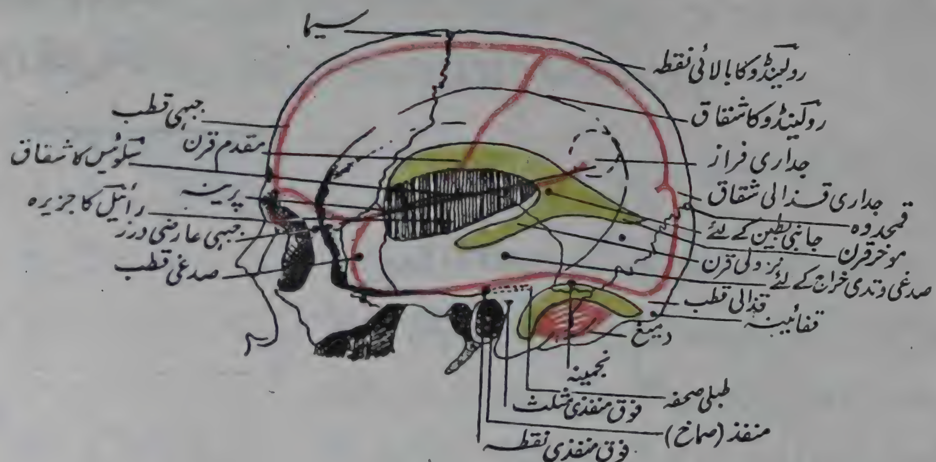
پرینہ (pterion) کی نشاندہی یوں بھی بیان کیجا سکتی ہے :- جبہی عارضی (جبہی وجنی)
درز کے کٹاؤ سے جسکا جس آسانی سے کیا جاسکتا ہے $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے (شکل ۳ ۔ صفحہ 15)
اور اس لائن سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر جو اس کٹاؤ سے وجنہ کے بالائی کنارے کے متوازی پیچھے 24
کیطرف کو کھینچی جائے، یہ ہندسے آسانی سے یاد رکھے جاسکتے ہیں ۔ اور نجمینہ (asterion) کے

لئے جو ہند سے مقرر ہیں ان کے ساتھ ان کا موازنہ کیا جا سکتا ہے۔

واقعات کی اکثریت میں **وسطی سحائی** (middle meningeal) **شریان کی موخر شاخ** تک خارجی منفذ کے مرکز سے عین ایک انچ اوپر (منفذی نقطہ meatal point پر) بذریعہ ترفان سوراخ کرنے سے رسائی ہو سکتی ہے۔ مگر نجمیہ (asterion) کے خطہ پر یا عظم جداری کے پس زیریں زاویہ پر یعنی منفذی نقطہ سے $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے اور منفذی قفائینی خطہ (meato-inionic line) سے — جو منفذی نقطہ سے لیکر خارجی قذالی ابھار کے نمایاں ترین مقام تک کھینچا جاتا ہے — $\frac{1}{2}$ انچ اوپر بھی اسے معرا کیا جا سکتا ہے (شکل ۳)۔ اس مقام پر شریان مذکور کے تعریہ کا فائدہ یہ ہے (جو بعض اوقات نقصان میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے) کہ اگر سوراخ کا قطر $\frac{3}{4}$ انچ ہو تو یہ جانبی جوف (lateral sinus) کو بھی معرا کر دیگا اور اس سے اوپر کیطرف صدغی وتدی (temporo-sphenoidal) لختہ تک اور نیچے کی طرف دمیغ (cerebellum) تک رسائی حاصل ہو سکتی ہے۔

صدغی وتدی لختہ (temporo-sphenoidal lobe) تک ان نشانات میں سے جو وسطی سحائی شریان کی موخر شاخ کے لئے اوپر دئے گئے ہیں کسی ایک کے ذریعہ سے پہنچا جا سکتا ہے۔ اس عرق کو ام جافیہ میں شگاف دینے سے پیشتر دو خیطوں کو اسکے نیچے سے گذار کر باندھ دیا جاتا ہے۔ لختہ کے اس حصہ میں عام طور پر صدغی وتدی خراج پایا جاتا ہے۔ اور یہ غطائے طبلی (tegmen tympani) کے اوپر واقع ہوتا ہے جو ہڈی کا ایک پتلا سا صفحہ ہے جس سے کہفہ طبلی (tympanic cavity) اور حلمی مغارہ (mastoid antrum) کی چھت بنتی ہے۔ غطا (tegmen) کا لیول یوں ظاہر کیا جا سکتا ہے (شکل ۶) منفذ کے اوپر وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے کی سیدھ میں ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے، اور اس **فوق منفذی نقطہ** (suprameatal point) کو نجمیہ (asterion) سے جسکے متعلق یہ یاد ہوگا کہ یہ منفذی (meatal) نقطہ سے $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے اور $1\frac{1}{2}$ انچ اوپر ہوتا ہے، ملا دیا جاتا ہے۔ مذکورہ خط کا مقدم نصف غطائے طبلی (tegmen tympani) کا متناظر ہوتا ہے۔ غطا (tegmen) کے لیول سے ایک انچ اوپر بذریعہ ترفان فتحہ بنانے سے صدغی خراج تک

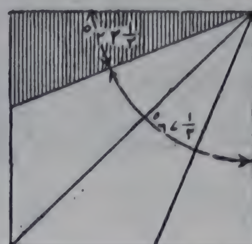
رسائی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ لیکن بہت سے مریضوں میں سرجن اس امر کا خود تصفیہ کرسکتا ہے کہ آیا اہم قسم کا خراج حلمی مغارہ (mastoid antrum) کے مرض سے ثانوی
25 طور پر پیدا ہُوا ہے یا نہیں۔ اور اگر ہُوا ہے تو حلمی عملیہ (mastoid operation) کے دوران میں اسے غطائے طبلی (tegmen tympani) میں سے ایک فتحہ ملجائے گا جسپر اکثر اریکی بافت کا ایک قطعہ موجود ہوتا ہے۔ وہ اس فتحہ کو اور بڑا کرسکتا ہے اور خراج کی مسیلیت اسکی ساق اور مغارہ (antrum) میں سے کرسکتا ہے۔



شکل ۶ ۔ جانبی بطینوں، الجزیرہ (insula) یعنی (جزیرۂ رائیل) اور صدغی قطب (temporal pole) کو ظاہر کرتی ہے۔

جانبی جوف (lateral sinus)۔ اِس جوف کا سگما نما (sigmoid) سرا نجمینہ (asterion) پر واقع ہوتا ہے جسکے سطحی نشانات پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔ اس کا نزولی جارحہ حلمیہ (mastoid) کی پچھلی طرف مرکزی صماخی نقطہ سے ¾ انچ پیچھے رِیڈ کے **قاعدی خط** (Reid's base line) پر بآسانی معرا کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۴۔ صفحہ 49)۔ یہ خط ایک فرضی خط ہے جو محجر کے فرش سے خارجی صماخ کے مرکزی نقطہ تک کھینچکر پیچھے کیطرف کو بڑھادیا جاتا ہے۔ یہ اکثر قفائیہ (inion) پر سے گذرتا ہے لیکن اس پر سے اسکا گذرنا ضروری نہیں۔ بعض کھوپریوں میں یہ اس نقطہ سے کسیقدر اوپر یا نیچے رہتا ہے۔ جوف مذکور کا افقی حصہ

ریڈ (Reid) کے قاعدی خط سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر ہوتا ہے۔ **دمیغ** (cerebellum) کو معرا کرنیکا
ایک طریقہ یہ ہے کہ ریڈ (Reid) کے قاعدی خط کے نیچے $\frac{1}{4}$ اور $\frac{1}{2}$ انچ کے فاصلہ پر دو نقطے لیکر 26
انکے درمیان ترفان کا سوراخ ایسے مقام پر بنایا جائے جو کھوپری کے پیچھے کیطرف وسطی خط سے کافی دور ہو، تاکہ ترفان کے دندانے قذالی جوف سے دور رہیں۔ اس مقام پر سلعات کو دور کرنے کے لئے بہت زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد کے مراحل میں ایک یا دونوں طرف سے بہت زیادہ ہڈی دور کرنا پڑتی ہے۔ اور جب اس امر کا شبہ ہو کہ خراج آیا صدعی لختہ میں واقع ہے یا دمیغ میں تو نجمینہ (asterion) پر ترفان کرنا مناسب ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 24) جہاں فتحہ کو زیادہ وسیع کرنے سے جانبی جوف معرا کرلیا جاتا ہے۔



شکل ۷۔ حرکی رقبہ میں سوراخ کرنا۔

حرکی رقبہ (motor area) تک کھوپری کو **رولینڈو** (Rolando) کے شقاق کے عین سامنے سے کھولنے سے پہنچا جاتا ہے۔ اس شقاق کی نشاندہی کا مناسب طریقہ یہ ہے کہ پہلے انفیہ (nasion) سے لے کر قفائیہ (inion) تک سر کی چوٹی کے عین وسط پر سے ایک رسی تان لیجائے اور اسکا نصف کرکے ان دونوں مقامات کا وسطی نقطہ معلوم کرلیا جائے۔ اور پھر اس نقطہ سے $\frac{1}{2}$ انچ پیچھے سے ایک خط نیچے کی اور آگے کیطرف کو وسطی مستوی سے $\frac{1}{2}$ ۶۷ درجہ کے زاویہ پر $\frac{3}{4}$ ۳ انچ لمبا کھینچ دیا جائے، چونکہ کھوپری کی تراش دماغ کی تراش کی نسبت ایک زیادہ بڑے دائرہ کا حصہ ہوتی ہے، اسلئے اس کے اوپر کا $\frac{3}{4}$ ۳ انچ فاصلہ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کا متناظر ہوگا جو $\frac{3}{4}$ ۲ انچ ہوتا ہے۔ $\frac{1}{2}$ ۶۷ درجہ کا زاویہ بآسانی بنایا جا سکتا ہے کیونکہ یہ زاویہ قائمہ کا تین چوتھائی ہوتا ہے۔ لہذا اگر کسی قائم الزوایا کاغذ کے تختے یا ورق یا ٹین کے ٹکڑے یا کسی اور شے کی چار تہیں لگادی جائیں اور پھر اسکا ایک چوتھائی کاٹ دیا جائے تو مطلوبہ زاویہ بنجاتا ہے جیسا کہ (شکل ۷) میں دکھایا گیا ہے۔ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کے نشانات کی صحت سرسری طور پر یوں معلوم کیجاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیش اذنی نقطہ (pre-auricular point) تک پہنچ جاتا ہے۔ مذکورۂ بالا ابعاد اوسط جسامت اور شکل کی

یورپی کھوپری پر استعمال کرنے کے لئے کافی حد تک صحیح ہیں۔

دماغی سلعہ کے لئے عملیہ جات کرنے میں یہ ظاہر ہے کہ جمجمی فتحات 27
کا محل مختص المقام علامات سے معلوم کیا جاتا ہے۔ سلعہ تک پہنچنے کے لئے ترفان کے فتحات سے جو جگہ ملتی ہے اس سے زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ترفان کے فتحہ کو ضرورت کے موافق ہڈی توڑ کر بڑا کیا جا سکتا ہے۔ اور رخنہ چھوڑ دیا جاتا ہے جو بعد میں مضبوط لیفی بافت سے پُر ہو جاتا ہے۔ یا ایک عظمی ترقیعی دامن بنایا جا سکتا ہے۔ پہلا طریقہ اکثر اطمینان بخش ثابت ہوتا ہے مگر اس سے بعض اوقات بہت خراب علامات مثلاً آگے کی طرف جھکنے میں عدم توازن کا پایا جانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ علامت بعض اوقات اسقدر نمایاں ہوتی ہے کہ جمجمی رخنہ کو پسلیوں یا کسی اور جگہ سے عظمی پیوند لیکر پُر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عظمی ترقیعی (osteoplastic) دامن بنانے کے لئے چاندلی کا ایک بڑا اساسہ جانبی یا نصف دائرہ کی شکل کا دامن کاٹ لیا جاتا ہے جسکا قاعدہ نیچے کیطرف کو ہوتا ہے۔ اور کونوں پر ترفان کے چار چھوٹے چھوٹے فتحات بنالئے جاتے ہیں۔ بُعدی اور جانبی اطراف پر جو ہڈی ہوتی ہے وہ کاٹ دیجاتی ہے، اور اسکا طریقہ یہ ہے کہ ترفان کے ایک فتحہ سے لے کر دوسرے فتحہ تک جمجمہ اور ام جافیہ کے درمیان سے ایک خم پذیر رہنما (pliable director) گذار دیا جاتا ہے۔ اور کاٹنے والے کلّاب (cutting forceps) بُرمے یا لچکدار آری (fiexible saw) کا استعمال اسکے میزاب میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عظمی مربع کی قربی طرف کو زاویہ جادہ پر خمیدہ کرنے سے توڑ دیا جاتا ہے۔ اسطرح ایک ایسا دامن اٹھالیا جاتا ہے جسکو رسد خوب پہنچتی ہے، اور اسکے اندر کیطرف ہڈی ہوتی ہے جسمیں خون کی رسد اچھی طرح سے موجود ہوتی ہے۔ اس ہڈی کو اسی مقام پر پھر لگایا جا سکتا ہے۔

کھوپری کے کسور۔ کم عمر شیر خوار بچہ کی کھوپری میں کسر واقع کرنا داقعی آسان نہیں۔ اس عمر میں کھوپری بحیثیت مجموعی مکمل طور پر متعظم نہیں ہوتی۔ درزیں عریض ہوتی ہیں۔ اور ہڈیوں کے درمیان بہت سا غضروف اور بہت سی غشا موجود ہوتی ہے مزید برآں عمر کے ابتدائی حصہ میں ہڈیاں لچکدار ہوتی ہیں اور مقابلۃً نرم اور دب جانے والی ہوتی ہیں۔

لہذا معمولی حالت میں ضرب لگنے سے کسر کی نسبت تسنین (indentation) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

بالغوں میں بھی کھوپڑی عام طور پر جتنی پھوٹک تصور کیجاتی ہے اسکی نسبت یہ بہت کم پھوٹک ہوتی ہے اور خشک شدہ نمونہ جات کے مطالعہ سے جو رائے قائم کیگئی ہے اس کے مغالطہ انگیز ہونے کا امکان ضرور ہے۔ بہت سے مصدقہ واقعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ ممکن ہے کہ دوران حیات میں جمجمی قبہ میں سے تیز نوک والا اوزار گذر نے پر صرف سوراخ ہی بنے مگر ہڈی ریزہ ریزہ نہ ہو (لنڈن ہاسپٹل میوزیم (London Hospital Museum)۔ 28

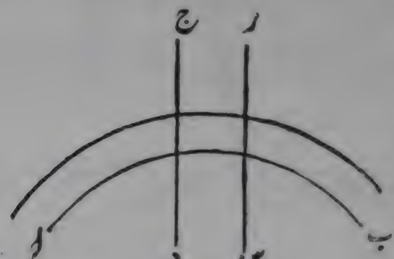
مندرجہ ذیل تشریحی حالتیں کھوپڑی کی ضرب کے اثرات کو درجہ اقلیت تک پہنچا دیتی ہیں:۔ چاندلی کی بستگی اور اسکی بہت ہی حرکت پذیری محراب سر کی گنبد نما ترتیب۔ ہڈیوں کی تعداد جن سے سر بنا ہوتا ہے۔ اور بہت سے قطعات میں ضرب کے منتشر ہونے کا رجحان۔ کسی مفروضہ قوت کے تسلسل میں درزوں کی مداخلت اور درزی غشا کی موجودگی جو ایک خطی حائلہ (linear buffer) کیطرح کام دیتی ہے۔ سر کی شوکہ پر حرکت پذیری۔ اور خود جمجمی ہڈیوں کی لچک۔

مزید برآں کھوپڑی کو چھ پشتوں یا ستونوں کی موجودگی سے بھی اور تقویت پہنچتی ہے جو گنبد اور قاعدہ کے مقام اتصال پر واقع ہیں۔ انمیں سے دو جانبی ہیں۔ آگے کیطرف محجری وتدی (orbito-sphenoidal) اور پیچھے کیطرف حجری حلمی (petro-mastoid) اور دو وجہی انفی (fronto-nasal) اور قذالی (occipital) کھوپڑی کے مقدم اور موخر سروں کو تقویت دیتے ہیں۔

بچوں میں درزوں کے درمیان کی غشائی تہ بہت موٹی ہوتی ہے۔ مگر جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے یہ غشا غائب ہوتی جاتی ہے اور ہڈیاں آپس میں متحد ہوتی جاتی ہیں (اتحاد عظمی : synostosis)۔ چالیس سال کی عمر کے قریب قریب درزیں بند ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کی ابتدا درز کی اندرونی جانب سے ہوتی ہے۔ اور یہ پہلے سہمی (sagittal) درز پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور پھر اکلیلی (coronal) اور لمحدوی (lambdoid) پر اور اخیر میں فلسانی (squamous) درز پر۔ مزید برآں جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے کھوپڑی کی ہڈیاں اندرونی لوح پر ایک جماؤ کے فراہم ہونے سے جو دماغ کے

گھٹتے ہوئے حصہ کی جگہ لے لیتا ہے زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں۔ لہذا ان ہڈیوں میں معمر اشخاص میں جوان اشخاص کی نسبت زیادہ آسانی سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔

قاعدہ یہ ہے کہ کسر سے ہڈی کی تمام دبازت متاثر ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات اکیلی بیرونی لوح ہی ٹوٹ جاتی ہے یا یہ ڈپلوئی (diploë) میں گھسکر صرف منخفض ہی ہو جاتی ہے، اور جبہی خطہ کے زیرین حصہ میں بیرونی لوح جبہی جوف میں گھس جاتی ہے۔ اندرونی لوح بھی بیرونی صفحہ میں متناظر کسر موجود ہونے کے بغیر ٹوٹ سکتی ہے۔ اور مکمل کسر کے تقریباً تمام واقعات میں اور خاصکر انہیں جنہیں نشیب موجود ہوتا ہے اندرونی لوح میں بیرونی کی نسبت زیادہ وسیع 29

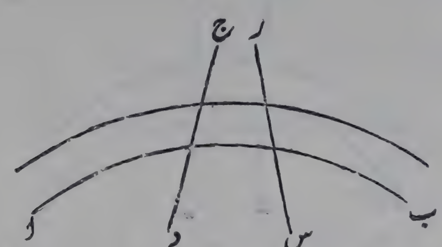


شکل ۸

شکست پائی جاتی ہے۔ اسکے بہت سے وجوہ ہیں۔ اندرونی صفحہ بیرونی صفحہ سے نہ صرف زیادہ موٹا ہی ہوتا ہے بلکہ مقابلتہً یہ بہت زیادہ پھوٹک بھی ہوتا ہے، اور اسی لئے اس کا نام "زجاجی طبقہ" (vitreous table) رکھدیا گیا ہے۔ اگر خارجی طبقہ پر نہایت ہی محدود قوت استعمال کیگئی ہو تو تلوار کے زخم کیطرح ضرر محدود ہوتا ہے۔ جب قوت ڈپلوئی (diploë) میں سے گزرتی ہے تو یہ پھیل جاتی ہے اور اندرونی لوح تک ضرب سے بہت منتشر ہو کر پہنچتی ہے۔ اور ایسا خاصکر ان حالتوں میں ہوتا ہے جب بیرونی طبقہ اندر کیطرف گھس جائے۔ مزید برآں اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ چھوٹے خم کا حصہ ہے، اور اخیر میں ایگنیو (Agnew) اندرونی لوح کے زیادہ جراحت پذیر ہونے کی ایک وجہ بیان کرتا ہے جو ہڈی کے عمومی طور پر دبنے سے تعلق رکھتی ہے۔ شکل ۸ میں ا ب سر کی محراب کے

ایک حصہ کی تراش کو ظاہر کرتا ہے، جو دونوں الواح میں سے گذرتی ہے۔ اور ج د اور
ر س دو انتصابی اور متوازی خطوط ہیں۔ اب اگر محراب پر ان متوازی خطوں کے درمیان 30
قوت لگائی جائے تو قوس ا ب کے سروں کا رجحان ایک دوسرے سے دور ہٹنے کیطرف ہوگا
اور تمام قوس دبکر اس خم کی شکل اختیار کریگی جو شکل ۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ایسی حالت
میں ج د اور ر س خط اوپر کیطرف مستدق ہوجائیں گے اور نیچے کیطرف منفرج (شکل ۹)،
اسلئے ضرب سے ہڈی کے اجزا خارجی طبقہ میں تو اکھٹے ہوجانے کی طرف اور داخلی طبقہ میں
منتشر ہوجانے کی طرف مائل ہونگے۔

محراب کے کسور بلا واسطہ ضرب سے واقع ہوتے ہیں۔ کھوپری کی بناوٹ



شکل ۹

ایسی ہے کہ کسر پیدا کرنے والی قوت کی مدافعت کئی طریقوں سے ہوتی ہے۔ (۱) جب ضرب
جداری خطہ میں سر کی چوٹی پر لگتی ہے تو اسکی قوت کا رجحان دونوں جداری ہڈیوں کے
بالائی کناروں کو اندر کیجانب دھکیلنے کیطرف ہوتا ہے۔ اور اسکے ساتھ ہی زیرین کناروں کا
باہر کیطرف کو حرکت کرنا لازمی ہوتا ہے۔ موخر الذکر حرکت کی مدافعت عظم فلسمانی اور عظم وتدی
کا جناح کبیر جو عظم جداری کی زیرین کور پر متراکب ہوتے ہیں بڑی شدت سے کرتے ہیں مزید براں
عظم فلسمانی تک جو قوت پہنچتی ہے وہ وجنی قوس تک منتقل ہوجاتی ہے جسکو فکِ اعلیٰ کی ہڈی اور
عظم جبہی سہارا دیتی ہیں۔ یہ قوس اس حالت میں دوسرے مدافع پشتیبان کا کام دیتی ہے
اور قوت کے اس انتقال کی وضاحت جو سر کی چوٹی سے لیکر جبہی ہڈیوں تک عمل میں آتا ہے
اس امر سے ہوتی ہے کہ سر پر ضربات کے لگنے کے بعد درد اکثر چہرہ میں بھی محسوس ہوتا ہے۔
(۲) اگر ضرب عظم جبہی کے بالائی حصہ پر لگے تو قوت فوراً جداری ہڈیوں تک منتقل ہوجاتی ہے،

کیونکہ عظم جبہی کا بالائی حصہ (اس طریقہ کیوجہ سے جس سے اسکا کنارہ سلامی دار رہے) حقیقت میں دونوں جداری ہڈیوں پر واقع ہوتا ہے، لہذا وہی مدافعت پھر عمل پیرا ہوتی ہے۔ اگر اس ہڈی کے زیرین حصوں میں باہر کیجانب نکل جانے کیطرف کوئی میلان ہو اور وہ اسوقت یقیناً موجود بھی ہوتا ہے جبکہ وسطی جبہی (mid-frontal) درز برقرار ہو تو ایسی حرکت کو عظم وتدی کا جناح کبیر، اور عظام جداری کے پیش زیریں زاوئے جو جبہی کے ان حصوں سے متحد یا انپر متراکب ہوتے ہیں، 31
مزاحم آتے ہیں۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہوگا کہ جس طرز سے جبہی اور جداری ہڈیوں کی متناظر کوریں سلامی دار ہوں اس پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے۔ (۳) **قذال** (occiput) پر کی ضرب کی مدافعت کا زیادہ سامان موجود نہیں۔ اور یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ اگر آدمی زور سے بھی نہ گرے تو اتنا صدمہ ہی ہڈی کو توڑ دینے کیلئے کافی ہوتا ہے، لہذا اسکی محافظت کی زیادہ ضرورت ہے۔ مگر یہ دونوں جداری اور صدغی ہڈیوں سے تعلق رکھنے اور لچکدار فقری عمود سے متحد ہونیکی وجہ سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہے۔

کھوپڑی کے قاعدہ کے کسور

(۱) بلا واسطہ یا (۲) بالواسطہ ضرب سے یا جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے (۳) محراب کے کسر کی توسیع سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) اجسام غریبہ کیسے انفی یا محجری چھت میں سے، یا کھوپڑی کے قاعدہ کے اُس حصہ میں سے جو بلعوم میں پایا جاتا ہے، گھسنے پر انکی بلا واسطہ ضرب سے قاعدہ کا کسر واقع ہو چکا ہے۔ موخر حفرہ میں گردن کی گدّی پر ضرب لگانے سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) بلا واسطہ ضرب سے جو کسر واقع ہوتے ہیں انکی مندرجہ ذیل مثالیں دیکھی جا سکتی ہیں:- عظم جبہی کے حصۂ زیریں پر جو ضربیں لگتی ہیں انمیں غربالین صحفہ (cribriform plate) کے یا عظم جبہی کے محجری حصہ کے کسر کے علاوہ اور کوئی ضرر نہیں پایا جاتا کیونکہ ان حصوں کے نہایت ہی باریک ہونے کی وجہ سے ان میں کسر کا زیادہ امکان موجود ہوتا ہے۔ کھوپڑی کے قاعدہ کے کسر کے ۸۶ مریضوں میں، محجری سقف ۷۹ میں، بصری سوراخ ۶۳ میں، اور غربالین صحفہ جات تقریباً تمام میں متاثر پائے گئے (راؔلنگ: Rawling)۔ ٹھڈی پر گرنے سے وقبی کہفہ (glenoid cavity) فکِ اسفل کے قندال سے اتنے زور سے دب گیا ہے کہ کھوپڑی کے وسطی حفرہ میں کسر واقع ہو گیا ہے۔ ٹھڈی کے سرے پر فیصلہ کن گھونسے کی ضرب لگنے سے کھوپڑی میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی ارتجاج دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب جسم زمین پر پاؤں یا گھٹنوں یا چوتڑوں کے بل گرا ہے تو قوت نے ستون فقری

میں سے منتقل ہو کر قذالی خطہ میں کھوپری کے قاعدہ کا کسر واقع کر دیا ہے۔ ایسے حادثات کے ظہور پذیر ہونے کا امکان سب سے زیادہ اسوقت ہوتا ہے جبکہ عمود فقری کو عضلی فعل سے استوار رکھا جائے۔ اس حالت میں جو میکانیہ بروئے کار آتا ہے، وہ بعینہٖ وہی ہوتا ہے جس سے
جھاڑو کا سر لکڑی کے سرے کو زمین پر مارنے سے جھاڑو کے دستہ میں زیادہ مضبوطی سے 32
ٹھنس جاتا ہے۔ یہ نظریہ کہ کھوپری کے قاعدہ میں اکثر ضرب مقابل سے کسر واقع ہو جاتا ہے اب عام طور پر ایک کافی حد تک ترک کیا جا چکا ہے، اگرچہ بعض حالتیں ایسی بھی ہیں جن سے اس نظریہ کی بظاہر تائید بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک واقعہ کا اندراج سر جے ہچنین (Sir J. Hutchinson) نے کیا ہے۔ اسمیں عظم قذالی کے کسر کے ساتھ ہی غربالین صفحہ (cribriform plate) کا کسر بھی پایا گیا تھا اور کھوپری کے درمیانی حصہ میں کوئی ضرر موجود نہیں تھا۔ (۳) محراب کے کسور کے اور خاصکر ان خطی کسور کے جو منتشر ضرب سے واقع ہوئے ہوں جیسا کہ سر کے بل گرنے میں ہوتا ہے، قاعدہ تک پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس طرح منتشر ہونے میں یہ قاعدہ تک راستہ کی درزوں اور ہڈیوں کی لستگی کا لحاظ کئے بغیر چھوٹے سے چھوٹے راستہ سے پہنچتے ہیں۔ چنانچہ گنبد کے جبہی خطہ کے کسور قاعدہ کے مقدم حفرہ تک، اور جداری خطہ کے وسطی حفرہ تک، اور قذالی خطہ کے موخر حفرہ تک پھیل جاتے ہیں۔ چند حالتیں اس قاعدہ سے مستثنےٰ بھی ہیں۔ جو معین ہڈیاں ان تین خطوں میں متاثر ہوتی ہیں، ان کا زیادہ صحیح بیان دینے کے لئے پی ہیوٹ (P. Hawett) نے کھوپری کو تین منطقوں میں تقسیم کیا ہے۔ مقدم منطقہ میں جبہی، اور مصفاتی (ethmoid) کا بالائی حصہ، اور جبہی وتدی، اور وسطی منطقہ میں عظام جداری، اور عظام صدغی کے فلسانی اور انکے حجری حصہ کے مقدم حصے، اور قاعدی وتدی کا بیشتر حصہ، اور موخر منطقہ میں قذالی، حلمیہ اور عظم حجری کا موخر حصہ، اور وتدی کا تھوڑا سا حصہ شامل ہیں۔

(۱) قاعدہ کے کسور میں بالعموم خون اور دماغی نخاعی سیال باہر نکل آتا ہے۔ مقدم حفرہ کے کسور میں خون بالعموم ناک میں سے خارج ہوتا ہے اور یہ سحائی اور مصفاتی (ethmoidal) شریانوں میں سے آتا ہے، یا اسکا زیادہ حصہ غالباً انفی سقف کے دریدہ مخاطی استر میں سے نکلتا ہے۔ ناک میں سے دماغی نخاعی سیال بہنے کے لئے انفی سقف میں کسر واقع ہونے کے علاوہ اسکے نیچے کی غشائے مخاطی میں اور شمی (olfactory) اعصاب کے

33 غلافوں میں جو ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) سے حاصل ہوتے ہیں دریدگی کا موجود ہونا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا مفرط اخراج انفی غشائے مخاطی میں سے ضرر کی موجودگی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور یہ غالباً شمی (olfactory) اعصاب کے غلافوں کے ساتھ ساتھ عمل میں آتا ہے اور اسکا سبب یا تو اسکے انجذاب کی کمی اور یا اسکے افراز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جبہی خط کے کسر کی بہت سی حالتوں میں خون محجر میں چلا آتا ہے اور ملتحمہ کے نیچے آکر ظاہر ہوتا ہے۔ (۲) جب وسطی حفرہ ماؤف ہو تو خون غشائے طبلی کی دریدگی میں سے گزر کر خارجی منفذ میں سے باہر نکلتا ہے اور یہ یا تو طبل (tympanum) اور اسکی غشا کے عروق یا درون جمجمی وعا بدری سے آتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں یہ کھفکی یا مجری جوفوں کے انشقاقات سے آتا ہے۔ بعض اوقات خون یوسٹیکین نلیوں (Eustachian tubes) میں چلا جاتا ہے اور یہ یا تو ناک یا منہ سے نکل آتا ہے اور یا نگلا جاتا ہے اور بعد میں قے سے باہر آجاتا ہے۔ کان میں سے دماغی نخاعی سیال کے بہنے (مصلی اخراج کے لئے) (ا) یہ ضروری ہے کہ کسر داخلی منفذ میں سے گذرتا ہو۔ (ب) اس منفذ میں غشائے مخاطی کی جو انبوبی اطالت موجود ہوتی ہے وہ پھٹ گئی ہو۔ (ج) باطنی اذن اور طبل میں رابطہ موجود ہو۔ اور (د) غشائے طبلی دریدہ ہوگئی ہو۔ (۳) موخر حفرہ کے کسور میں خون کی درریزش یا تو حلمی زائدہ کے گردونواح میں ظہور پذیر ہوتی ہے اور یا گردن کی گُدّی پر۔ اور بعض اوقات یہ عنقی خطہ کے اندر تک بھی چلی جاتی ہے۔

مزید برآں گنبد کے مرکب کسور میں جنمیں ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) پھٹ گیا ہو بعض شاذ شاذ مثالوں میں دماغی نخاعی سیال باہر نکلتا ہوا دیکھا گیا ہے بعض اوقات بچوں میں گنبد کے سادہ کسر کے بعد ضرر رسیدہ حصہ پر ایک ورم بنجاتا ہے جسمیں تموج پایا جاتا ہے۔ بچہ کے چلّانے پر یہ ورم زیادہ تنیدہ ہوجاتا ہے اور ممکن ہے کہ دماغ کے ساتھ اسمیں بھی مزاحمِ نبضان موجود ہو۔ کہا جاتا ہے کہ یہ اورام نیم شفاف ہوتے ہیں۔ اور یہ چاندلی کے نیچے دماغی نخاعی سیال کے جمع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اغشیۂ دماغ کے معاصر انشقاق کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ انکو اکثر ضربی دماغی مائی قیلوں (traumatic cephalhydroceles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

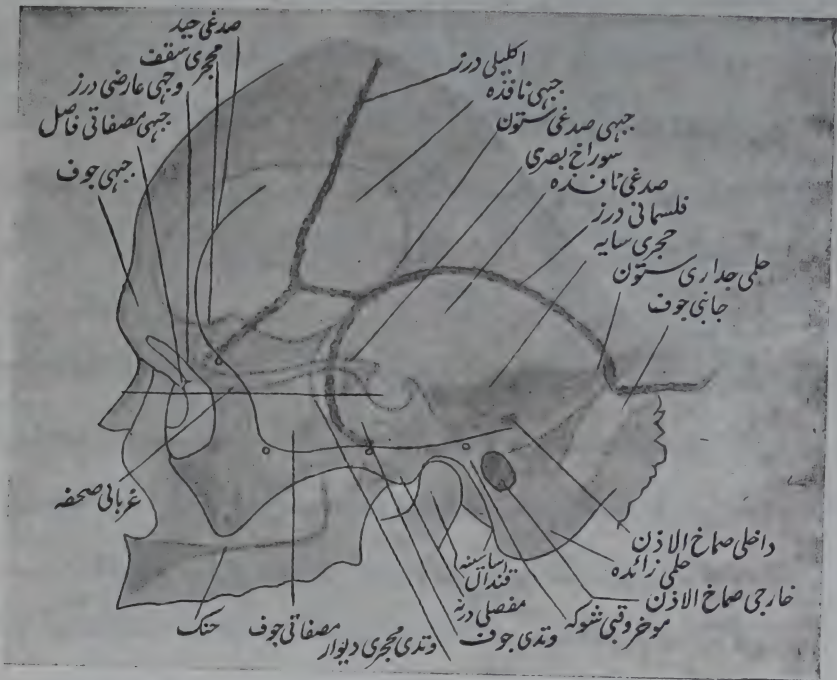
34 **درزوں کی علیحدگی** (separation of sutures)۔ یہ حالت جہانتک

اس کے چوٹ سے نتیجتہً پیدا ہونے کا تعلق ہے، تقریباً بچوں ہی کی کھوپری تک محدود ہے۔ بڑی عمر میں اگر کسی مسدود درز پر قوت کا استعمال کیا جائے تو اس سے ایسا کسر پیدا ہو سکتا ہے جو پرانے درزی خط پر ٹھیک ٹھیک واقع ہوتا ہے۔ بالغوں کی کھوپری میں کسر سے بلا تعلق درزوں کی علٰحدگی بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ اس حالت کی چند مثالوں میں عظم صدغی بالعموم اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے، اور یہ علٰحدگی فلسمانی درز پر دیکھی جاتی ہے۔ جب مذکورہ علٰحدگی کسور کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ اکلیلی اور سہمی درزوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ قمحدوی درز کا نام کثرت وقوع کے لحاظ سے انکے بعد آتا ہے۔

وجنہ (zygoma) بلاواسطہ یا بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتا ہے۔ موخرالذکر حالت میں ضرب ایسی ہوتی ہے کہ اسکا رجحان فک اعلیٰ یا عظم العارض (malar bone) کو پیچھے کو دھکیل دینے کیطرف ہوتا ہے۔ جب یہ بلاواسطہ ضرب سے ٹوٹتا ہے تو اس کا ایک ٹکڑا بعض اوقات صدغی عضلہ میں گھس جاتا ہے۔ اور جبڑا ہلانے پر بہت درد ہوتا ہے۔ معمولی حالتوں میں غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی، اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، کیونکہ اوپر تو ان دونوں ٹکڑوں کے ساتھ صدغی ردا چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے عضلہ مضغیہ (masseter) چسپیدہ ہوتا ہے۔ وجنہ عمیق حصوں کے محل وقوع کے لئے ایک نہایت مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ اسکے بالائی کنارے کا موخر تین چوتھائی حصہ کھوپری کے وسطی حفرہ کے فرش کا متناظر ہے۔ اور یہ دماغ کے صدغی لختہ کے (جو اس حفرہ میں واقع ہوتا ہے) زیریں کنارے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ٦)۔ اس کا مفصلی درنہ (articular tubercle) جو اسکی جڑ کے نزدیک بہت واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے، اس مقام کی نشاندہی کرتا ہے جس پر وسطی سحائی شریان کھوپری کے قاعدہ کو شوکی سوراخ (foramen spinosum) پر منثقب کرتی ہے (شکل ۳)۔ نیز یہ نیم قمری (semilunar) یا گیسری عقدہ (Gasserian ganglion) کے محل کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۳۵ صفحہ 145)۔ وجنی درنہ (zygomatic tubercle) (بعد وقبی شوکہ : postglenoid spine) جو جانومی حفرہ (mandibular fossa) کی موخر حد قائم کرتا ہے، قنال سباتی (carotid canal) کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (ایس سکاٹ: S. Scott)۔

صدغی خطہ کا امتحان لاشعاعوں کے ذریعہ سے۔ بعض
درون جمجمی ساختوں کی، جو گہری واقع ہوں، حالت کا انکشاف کرنیکے لئے کھوپری کے صدغی
خطہ کا امتحان کرنا اکثر ضروری ہوتا ہے۔ ان ساختوں کا محل وقوع معلوم کرنیکے لئے بعض ایسے
35 سطحی نقاط پر جو بآسانی مل سکیں سیسہ کی گولی سے نشان لگانا ضروری ہوتا ہے، تاکہ وہ بطور رہنما
کے کام دیں۔ سب سے زیادہ مناسب اور معتبر ترین نقاط وہ ہیں جو شکل ۱۰ میں ظاہر کئے گئے ہیں، اور وہ مندرجہ
ذیل ہیں:- ا۔ جبہی عارضی (fronto-malar) (جبہی وجنی fronto-zygomatic:) کٹاؤ۔
ب۔ عارضی زاویہ (malar angle)۔ د۔ پیش منفذی نقطہ (premeatal point)
جو وجنہ (zygoma) کی جڑ پر منفذ کے سامنے کیطرف جانوی (وقبی :glenoid) حفرہ کے
پیچھے اور پس جانوی (پس وقبی :postglenoid) شوکہ کے عین اوپر ہے۔ ج۔ ایک نقطہ
جو وجنہ کے بالائی کنارہ پر ب اور د کے وسط میں واقع ہے (وسطی وجنی نقطہ mid-
zygomatic point:)۔ ان نقطوں پر کھوپری کے دونوں طرف نشان لگالینا چاہئیں اور جب
کھوپری کو ایک جانب سے دیکھا جائے تو متناظر نقاط کو ایک دوسرے سے منطبق ہونا چاہیئے۔
اس طرح سے امتحان کرنے پر جو خطہ صدغی عضلات سے پوشیدہ ہوتا ہے، وہ انکے نیچے کی
ہڈیوں کے پتلا ہونے کی وجہ سے متنور ہوجاتا ہے۔ متنور رقبہ ہڈی کے **جبہی صدغی ستون**
(fronto-temporal pillar) کے ذریعہ سے جس کے ساتھ ساتھ وسطی سحائی عروق آتے
ہیں، اور جو دماغ کے جبہی اور صدغی لختوں کی درمیانی حد کی نشاندہی کرتا ہے، ایک مقدم یا
جبہی دریچہ (frontal fenestra)، اور موخر یا **صدغی دریچہ** (temporal
fenestra) (شکل ۱۰) میں تقسیم ہوتا ہے۔ جس مقام پر سحائی نزف کے لئے عام طور پر ترفان
کیا جاتا ہے، یعنی جبہی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے ۱½ انچ پیچھے اور ۱½ انچ
اوپر، اس پر جبہی صدغی ستون کا سایہ دو حصوں میں تقسیم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ان میں سے
ایک مقدم افقی شاخ ہے جو محجر کی سقف کی متناظر ہوتی ہے اور جبہی عارضی کٹاؤ کے ½ انچ اوپر
واقع ہوتی ہے، اور ایک نزولی شاخ ہے جو وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے تک نقطہ
ج یعنی وسط وجنی نقطہ (midzygomatic point) کے سامنے پہنچتی ہے۔ نزولی شاخ
وسطی جمجمی حفرہ کی مقدم دیوار یعنی وتدی محجری فاصل کو ظاہر کرتی ہے۔ اور یہ عظم عارضی کے
صدغی کنارے کے پیچھے سے اس سے ¾ انچ کے فاصلہ پر نیچے کو آتی ہے۔ اسلئے اس سے یہ ظاہر

ہوگا کہ پیچھے کی طرف وتدی مجری فاصل، اور آگے کی طرف عظم عارضی کے صدغی کنارے اور
اوپر کی طرف مجری سقف کے سایہ، اور نیچے کی طرف وجنہ کے بالائی کنارے کے درمیان ایک
بہت واضح پس عارضی رقبہ (retromalar area) ہوتا ہے جس میں وسطی اور موخر مصفاتی
خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس قبہ میں سے جبہی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے 36



شکل ۱.۱۔ وہ ساختیں دکھائی گئی ہیں جو کھوپری کا لاشعاعوں سے جانبی امتحان
کرنے پر صدغی خط میں نظر آتی ہیں۔

نیچے سے دو خط پیچھے سے آگے کی طرف کو گذرتے ہیں۔ انہیں سے زیرین غربالی صحفہ (cribriform
plate) کے لیول کا تمناظر ہوتا ہے اور بالائی مصفاتی کے جانبی تودہ اور جبہی ہڈی۔ کے محجری
صحفہ کے مقام اتصال کا۔ پس عارضی (retromalar) رقبہ کی زیرین حد پر وتدی فکی
(spheno-maxillary) (جنیحی حنکی :pterygo-palatine) حفرہ، وتدی فکی شقاق،
وتدی حنکی عقدہ اور زیر مجری (infra-orbital) عصب کا ابتدائی حصہ واقع ہوتے ہیں۔

صدغی دریچہ (temporal fenestra) کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ اہم ترین
ساختیں دکھائی دیتی ہیں۔ اوپر سے نیچے کی طرف شمار کرنے میں یہ حسب ذیل ترتیب سے پائی جاتی 37

37 ہیں:۔ وتدی کا جناح صغیر۔ حفرہ نخامیہ (pituitary fossa) [زیر بالی حفرہ (fossa hypophyseos)] جو آگے کیطرف مقدم سرِیری الشکل زائدہ (anterior clinoid process) اور پیچھے کیطرف ظہر السراج (dorsum sellæ) اور موخر سریری الشکل زوائد سے مکمل ہوتا ہے۔ ظہر السراج (dorsum sellæ) کے پیچھے عظم حجری (petrous bone) کا سیاہ سایہ واقع ہوتا ہے جو پچھلی طرف حلمی جداری ستون (masto-parietal pillar) پر ختم ہو جاتا ہے۔ حفرہ نخامیہ کا فرش وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ سے ½ انچ (۱۲ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکی مقدم حد وسطی وجنی (midzygomatic) نقطہ کے عین اوپر ہوتی ہے۔ حفرہ نخامیہ کا طبعی پیش پسیں قطر بالغوں میں ۱۲ ملی میٹر (½ انچ) ہوتا ہے۔ سوراخ بصری (optic foramen) جبہی عارضی کٹاؤ سے ½۱ انچ (۳۷ ملی میٹر) پیچھے کیطرف کو اور وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱ انچ (۲۵ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ پیش منفذی (premeatal) نقطہ (دیکھو شکل ۱۰) قاعدی زائدہ (basilar process) کی پچھلی جانب کی نشاندہی کرتا ہے۔ منفذ داخلی اس نقطہ سے ½ انچ پیچھے اور اوپر واقع ہوتا ہے۔ منفذ خارجی اسکے عین پیچھے اور نیچے واقع ہوتا ہے۔ نیز اساسینہ (basion) جو سوراخ کبیر (foramen magnum) کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے، اس نقطہ سے ½ انچ نیچے اور پیچھے ہوتا ہے۔ وتدی جوف (sphenoidal sinus) حفرہ نخامیہ کے نیچے اور سامنے واقع ہوتا ہے۔

باب سوم 38

مشمولاتِ جمجمہ

(THE CRANIAL CONTENTS)

اغشیۂ دماغ ۔ ام جافیہ (dura mater) اپنی سختی کی وجہ سے دماغ کے لئے ایک عمدہ محافظ کا کام دیتی ہے ۔ کھوپری کے تمام **قاعدہ** پر یہ ہڈی سے بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے ۔ اور اسلئے اس جگہ پر اس غشا اور ہڈی کے درمیان وعابدریوں کے واقع ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے گنبد (vault) پر اسکی چسپیدگیاں مقابلۃً ڈھیلی ہوتی ہیں مگر درزوں کے خطوں کے ساتھ ساتھ یہ بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے ۔ اس ڈھیلی ڈھالی چسپیدگی کی وجہ سے بڑی بڑی نزفی اور قیحی وعابدریاں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان جمع ہوجاتی ہیں ۔ ایسی وعابدریوں سے عام طور پر ضغطۂ دماغ پیدا ہوجاتا ہے ۔ اور اس امر پر بھی غور کرنا چاہئیے کہ ضغطہ کے تمام مریضوں میں ضاغطہ قوت ام جافیہ سے باہر واقع ہوتی ہے ۔ چنانچہ غیر پیچیدہ حالتوں میں جب وقوع حادثہ کے ساتھ ہی ضغطہ کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں تو انکی پیدائش کا سبب غالباً منخفض ہڈی ہوتا ہے ۔ اور جب یہ علامات کچھ عرصہ بعد ظاہر ہوتے ہیں تو انکا سبب غالباً وعابدرخون ہوتا ہے جو غشائے مذکور اور ہڈی کے درمیان جمع ہوجاتا ہے ۔ اور جب حادثہ کے بعد ایک طویل عرصہ (کچھ دن یا ہفتے) گذر جائے تو ان علامات کے پیدا ہونے کا سبب اسی مقام پر غالباً پیپ کا اجتماع یا کسی دویرہ کا تکون ہوتا ہے ۔

سر سی بیل (Sir C. Bell) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ گنبد کی ام جافیہ
چوٹ کے ارتعاش ہی سے بعض اوقات علیحدہ ہوجاتی ہے۔ "کسی موضوع کی کھوپری پر بھاری ہتھوڑی
سے ضرب لگاؤ تقطیع کرنے پر یہ ظاہر ہوگا کہ جس مقام پر ضرب لگی ہے وہاں سے ام جافیہ کھوپری
سے پرے ہٹ گئی ہے۔ اس تجربہ کو کسی اور موضوع پر دہراؤ اور سر میں سریش (size) کی ایک
قلیل مقدار کا اشراب کردو۔ جس مقام پر ضرب لگائی گئی ہے اسپر کھوپری اور ام جافیہ کے
39 درمیان شربہ کا ایک تھکہ پایا جائے گا۔ اور وہ بعینہ اسی روبہ کے مشابہ ہوگا جو سر پر شدید ضرب
لگنے کے بعد پیدا ہوتا ہے"۔ ٹلو (Tillaux) نے یہ ثابت کرکے دکھایا ہے کہ ام جافیہ اور ہڈی کے
درمیانی انضمامات، خاصکر صدغی حفرہ پر کمزور ہوتے ہیں، جو سحائی نزف کا عام ترین محل ہے۔

جب کسر کی حالت میں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان خون بہنا شروع ہوجاتا ہے
تو اسوقت وسطی سحائی عروق ہی منشق ہوتے ہیں، اور انمیں سے شریان کی نسبت زیادہ تر رقیق
وریدیں منشق ہوتی ہیں۔ ان وریدوں سے شریان کے اردگرد ایک جوف بنتا ہے (وڈ جونز
:Wood-Jones)۔ وسطی سحائی شریان شوکی سوراخ (foramen spinosum) سے گذرنے
کے بعد دو شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہے۔ مقدم شاخ جو بڑی ہوتی ہے، عظم جداری کے پیش زیرین
زاویہ کو کاٹتی ہوئی اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اور اکلیلی درز کی پچھلی جانب سے اس سے تھوڑے سے
فاصلہ پر گنبد پر چڑھ جاتی ہے۔ موخر شاخ عظم فلسانی کو کاٹتی ہوئی افقی رخ میں پیچھے کو نکل جاتی ہے،
اور دوسری صدغی تلفیف کا ممر اختیار کرلیتی ہے (دیکھو شکل ۳ و ۶)۔

جس مقام پر یہ عروق عظم جداری کے مقدم زاویہ کو کاٹتے ہوئے گذرتے ہیں وہاں پر
یہ اکثر دریدہ ہوجاتے ہیں، اور اسکے بہت سے وجوہ ہیں:۔ ہڈی میں جہاں ان عروق کے لئے
میزاب موجود ہوتا ہے، وہاں یہ بہت باریک ہوتی ہے، اور عروق بذات خود ہڈی میں اکثر اسطرح
گڑے ہوتے ہیں کہ انکی دریدگی کے بغیر کسر کا واقع ہونا مشکل ہی سے ممکن ہوسکتا ہے۔ اور آخری
سبب یہ ہے کہ شریان کا یہ مخصوص خط کھوپری کا وہی حصہ ہے جس میں کسر واقع ہونے کا امکان
خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ جیکبسن (Jacobson) نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عروق ایسی قوت
سے بھی منشق ہوسکتے ہیں جس سے کھوپری میں کسر واقع نہ ہو (عام طور پر صرف وریدیں ہی منشق
ہوتی ہیں) بلکہ ام جافیہ علیحدہ ہوگئی ہو۔ وسطی سحائی عروق کے علاوہ خارج السحائی نزف کا
ماخذ جانبی جوف (lateral sinus) بھی نہایت کثرت سے ہوتا ہے، اور اسکے وجوہ ظاہر ہیں۔

ام جافیہ کے اعصاب ۔ ام جافیہ میں اعصاب کی رسد موجود ہے۔ اسکا عظیم ترین مبدا پانچواں عصب ہے۔ مگر دسویں اور بارھویں مخی اعصاب سے بھی کسیقدر رسد پہنچتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ترفان کے عملیہ میں جب ام جافیہ کاٹی یا کھرچی جاتی ہے تو 40
خون کے دباؤ میں ایک نمایاں تخفیف واقع ہوجاتی ہے (ایچ ٹیرل گرے اور ایل پارسنس: H. Tyrrell Gray and L. Parsons)۔ دردِ سر کے بہت سے اقسام ان درآئندہ تہیجات سے پیدا ہوتے ہیں جو تائیہی (vagal) یا توامی ثلاثی (trigeminal) کسی نواتا تک پہنچتے ہیں۔ جہاں یہ عصبی انقسام کی وجہ سے ام جافیہ سے منسوب ہو جاتے ہیں (کشنگ: Cushing)۔

وریدی اجواف ۔ دماغی وریدیں جنکی دیواریں نرم اور کمزور ہوتی ہیں اور جو دماغ کے ہر نبضان کے ساتھ مضغوط ہوجاتی ہیں وریدی اجواف میں کھلتی ہیں۔ یہ اجواف استوار دیواروں کی قنالیں ہیں جو ام جافیہ کی بیرونی یا گرد عظمی اور اندرونی یا سہارا دینے والی تہوں کے درمیان موجود ہوتی ہیں۔ جن مقامات پر فوقانی دماغی وریدیں (superior cerebral veins) فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) میں داخل ہوتی ہیں اور جہاں صدغی وتدی اور قذالی وریدیں جانبی جوف (lateral sinus) سے ملتی ہیں وہاں عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے مضبوطی سے منضم ہوتا ہے، مگر دوسرے تمام مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

جانبی جوف (lateral sinus) جراحی نقطۂ نگاہ سے بہت اہم ہے۔ جونہی یہ حلمی زائدہ کے نیچے سے پیچھے کیطرف خم کھاتا ہے حلمیہ کے مغارہ اور خلیات سے یہ بہت قریبی علاقہ پیدا کرلیتا ہے جنمیں سے عفونتی حالت اس تک پھیل سکتی ہے، اور علقیت پیدا ہوسکتی ہے (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ 104)۔ جانبی جوف کی نشاندہی مندرجہ ذیل تین نقاط کی تعیین سے کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل ۳ صفحہ 15 اور شکل ۶ صفحہ 25)۔ (۱) قفائیہ (inion)۔ (۲) نجمیہ (asterion)۔ (۳) منفذ کے زیرین کنارے سے ½ انچ نیچے ایک نقطہ لیا جائے۔ جب یہ تینوں نقاط ملادئے جاتے ہیں تو جانبی جوف دو حصوں سے بنا ہوا دکھائی دیتا ہے ایک

افقی حصہ جو قفائیہ (inion) سے لیکر نجمینہ (asterion) تک بتدریج اوپر کو چڑھتا چلا جاتا ہے اور دوسرا انتصابی جو نجمینہ سے دفعتہً نیچے کو پس منفذی نقطہ تک چلا جاتا ہے۔ یہ جوف ۱ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے۔ یہ داخلی وداجی (internal jugular) ورید کی شکل میں کھوپڑی سے باہر نکل آتا ہے جو حلمی زائدہ کے مقدم کنارہ کی سیدھ میں جاتی ہے، مگر غدہ نکفیہ (parotid gland) کے نیچے گہری واقع ہوتی ہے (شکل ۳)۔

فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کی نشاندہی

کھوپڑی کی محراب کے اوپر سے انفینہ (nasion) سے لیکر قفائیہ (inion) تک خط کھینچنے سے کیجاتی ہے۔ اس جوف کے ساتھ ساتھ حفریزات (lacunæ) (نزدجوفیہ جا: parasinoids)
41 کے جانبی پھیلاؤ واقع ہوتے ہیں جنمیں بہت سی فوقانی دماغی (superior cerebral) وریدیں کھلتی ہیں۔ یہ جانبی پھیلاؤ فوقانی طولی جوف کے تمام حصوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں مگر انمیں سے سب سے لمبے اور اہم ترین جداری (parietal) پھیلاؤ ہیں، جو مرکزی تلافیف کے بالائی حصوں کو ڈھانکتے ہیں (پرسی سارجنٹ: Percy Sargent)۔ فوقانی طولی جوف بعض اوقات علقہ بنجانے سے مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں خون کو تنفسی مجاری میں سے دورہ کرنا پڑتا ہے، اور یہ فوقانی دماغی وریدوں سے تحتانی دماغی وریدوں اور بالخصوص سلوئیس (Sylvius) کی سطحی وریدیں جو کہفکی جوف (cavernous sinus) میں جا کر ختم ہوتی ہے، چلا جاتا ہے۔ فوقانی طولی جوف اکثر حالتوں میں دائیں جانبی جوف میں ختم ہوتا ہے، اور یہ اسلئے بائیں جوف سے بڑا ہوتا ہے۔

کہفکی جوف (cavernous sinus) جسکے اندر داخلی سباتی شریان

(internal carotid artery) اور چھٹا جمجمی عصب محصور ہوتے ہیں اور جسکی دیوار میں تیسرا اور چوتھا عصب اور پانچویں عصب کا بیشتر حصہ دبا ہوتا ہے، عظم وتدی کے جسم پر واقع ہوتا ہے۔ یہ وتدی ہوائی جوف کے عین اوپر ہوتا ہے، جسمیں سے عفونتی حالتیں کہفہ تک پھیل سکتی ہیں جن سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالتوں میں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے متمدد ہو جانے کی وجہ سے آنکھیں ابھر آتی ہیں، کیونکہ وریدی خون محجر میں سے

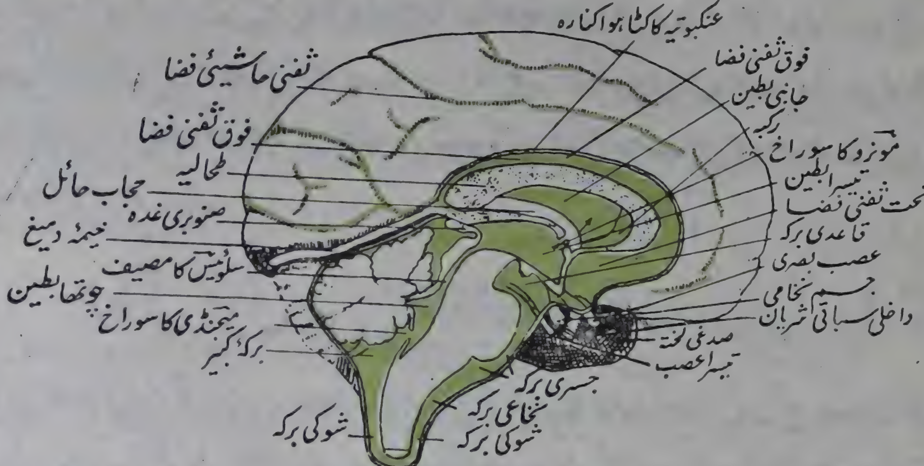
بہ کر جانبی جوف (lateral sinus) اور ودا جی ورید (jugular vein) تک فوقانی اور تحتانی حجری اجواف کے ذریعہ سے پہنچتا ہے ۔ نخامیہ کے سلعات کہفکی جوف کو لازمی طور پر مضغوط کردیتے ہیں ۔ داخلی سباتی شریان (internal carotid artery) اور کہفکی جوف (cavernous sinus) کے درمیانی تعلقات اتنے قریبی ہیں کہ ان حصوں کو ضرر پہنچنے سے شریانی وریدی انورسما واقع ہو چکا ہے ۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہو گیا ہوگا کہ یہ جوف مجحر میں التہاب موجود ہونے کی حالت میں اپنے بڑے بڑے معاونوں یعنی دونوں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے ذریعہ سے عمل التہاب کے منتشر ہو جانے سے کس آسانی سے علقیت زدہ ہو سکتا ہے ۔

تحت جافی فضا (subdural space) ام جافیہ اور عنکبوتیہ کے
درمیان واقع ہوتی ہے، اور بلورائی کہفہ کیطرح یہ بھی صرف ایک امکانی فضا ہوتی ہے کیونکہ
صحت کی حالت میں عنکبوتیہ ام جافیہ کی اندرونی صاف سطح کے ساتھ ملا ہوتا ہے ۔ یہ فضا
صرف اسی حالت میں بنتی ہے جبکہ سیال یا خون یا پیپ ان دونوں غشاؤں کے درمیان
جمع ہوجائے (شکل ۱ صفحہ 3) ۔ تحت جافی فضا میں کسیقدر سیال موجود ہوتا ہے جو 42
دماغ کے حرکاتِ نبضان میں رگڑ کے اثرات کو زائل کردیتا ہے، اسلئے اس کا فعل بلورائی
اور باریطونی تاچوں کے فعل کا سا ہے ۔

زیر عنکبوتی فضا (subarachnoid space) کی معتدبہ جراحی اہمیت ہے ۔ جو فضا حبل شوکی کے اردگرد موجود ہوتی ہے اسکا دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے بلاواسطہ تسلسل قائم ہوتا ہے ۔ لہذا جب اس فضا کا بزل حبل شوکی کے قطنی حصہ پر کیا جاتا ہے تو دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں کی سیلیت بھی ساتھ ہی ہو جاتی ہے (شکل ۱۱)۔ اسی لئے درون جمجمی دباؤ کے زیادہ ہو جانے کی حالت میں قطنی کوچے (lumbar puncture) کا رواج ہے ۔ التہاب سحائیہ (meningitis) میں دماغی نخاعی سیال مکدر ہو جاتا ہے اور زیر عنکبوتی فضا میں یا اسکے بعض حصوں میں کبھی کبھی پیپ بھی موجود ہوتی ہے ۔

حبل شوکی میں عنکبوتیہ اور ام حنونہ کے درمیان بہت سا فاصلہ ہوتا ہے، اس لئے

زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے۔ جونہی یہ فضا کھوپڑی میں داخل ہوتی ہے، دمیغ اور بطینِ چہارم کی چھت کے درمیان یہ پھیل جاتی ہے۔ اس پھیلاؤ کا نام برکۂ کبیر (cisterna magna) ہے (شکل ۱۱) بطینِ چہارم کی چھت میں ایک فتحہ [میجنڈی (Magendie) کا سوراخ] ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے دماغ کے بطینوں کا دماغی نخاعی سیال برکۂ کبیر (cisterna magna) کے سیال سے مل جاتا ہے (شکل ۱۱) کھوپڑی کے قاعدہ پر نخاعِ مستطیل (medulla) اور جسر (pons) کے سامنے شوکی زیر عنکبوتی فضا برکۂ جسری (cisterna pontis) کی شکل



شکل ۱۱۔ اسمیں وہ حجمی فضائیں دکھائی گئی ہیں جن میں دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے۔

میں پھیل جاتی ہے۔ اور اس برکہ کا تسلسل ایک بڑی فضا سے ہوتا ہے جو قاعدۂ دماغ پر صدغی لختوں کے درمیان اور درون ساقچی فضا (interpeduncular space) کے نیچے واقع ہوتی ہے — **برکۂ قاعدی** (cisterna basalis)۔ اس برکہ میں دائرہ وِلّس (circle of Willis) تیسرا اور چوتھا عصب، اور پانچویں عصب کی جڑ، بصری صلیبیہ (optic chiasma) و خطہ جات اور جسم نخامیہ کا قمع (infundibulum) موجود ہوتے ہیں۔ قاعدی التہاب سحائیہ (basal meningitis) میں یہ بعض اوقات پیپ سے متسع ہو جاتا ہے۔ تحتانی نخاعی مقنعہ (inferior medullary velum) میں جو التہابی انضمامات واقع ہوتے ہیں، ان سے اس غشا کے فتحات کے بند ہونے سے بعض اوقات استسقائے دماغ کی حالت (hydrocephaly)

پیدا ہوجاتی ہے۔

43 دماغ کے تلافیف کے اوپر عنکبوتیہ (arachnoid) کو ام حنونہ (pia mater)
محدود کردیتی ہے، اور یہاں یہ ڈھیلی ڈھالی زیرعنکبوتی بافت کا کام دیتی ہے۔ دائرہ ولس
(circle of Willis) سے جو شریانیں نکلتی ہیں انکے ساتھ ساتھ ہر جگہ قاعدی برکہ (basilar
cistern) کے پھیلاؤ تجاویف دماغ کی ام حنونہ میں آجاتے ہیں۔ دماغ کے قاعدہ کا میان ساقی
(interpeduncular) حصہ جسر (pons) اور نخاع مستطیل (medulla) اگرچہ ان قاعدی
برکہ جات پر واقع ہوتے ہیں مگر صدغی اور جبہی لختہ جات کھوپڑی کے قاعدہ پر بلا واسطہ متمکن ہوتے
ہیں، اور قذالی لختہ دیمنی خیمہ (tentorium cerebelli) پر واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے
تینوں قطب یعنی جبہی، قذالی، اور صدغی، اسحیہ اور کھوپڑی سے بلا واسطہ ملے ہوتے ہیں،
اور اسلئے یہ دماغ کے وہ حصے ہیں جنکے سر پر ضرب آجانے کی حالت میں دریدہ ہوجانے کا سب سے
زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

دماغی نخاعی سیال بطور حائلہ کے کام کرتا ہے، اور یہ ان مضر اثرات کو جو

دوران خون کی بے قاعدگیوں سے دماغ پر (جو کہ نہ دبنے والے کہف میں واقع ہے) ہوسکتے ہیں،
44 زائل کردیتا ہے۔ اگر جانبی بطینوں کے قریب کے بڑے بڑے عصبی مراکز امتلا سے متورم ہوجائیں
تو ان مراکز کو کسی نہ دبنے والی دیوار کا مقابلہ نہیں کرنا پڑتا، بلکہ یہ تھوڑے سے دماغی نخاعی سیال کو
میجنڈی (Magendie) کے سوراخ کے راستہ سے باہر دھکیل دیتے ہیں، اور یہ حالت اسوقت
تک رہتی ہے جبتک کہ دوران خون دوبارہ طبعی نہیں ہوجاتا۔

جب تندرست دماغ تر فان کے سوراخ کے ذریعہ سے معرا کیا جاتا ہے تو اس میں
نبضان دکھائی دیتا ہے جو قلب کی ہر ضرب کے ساتھ ہوتا ہے، اور اگر یہ نبضان موجود نہ ہو تو اس سے
یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوپڑی کے اندر کا دباؤ شریانی دباؤ سے زیادہ ہے (۱۰۰ — ۱۳۰ مم پارہ)۔
طبعی طور پر جیسا کہ ہل (Hill) نے ثابت کرکے دکھایا ہے درون جمجمی دباؤ اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ
وریدوں میں خون کا دباؤ ہوتا ہے۔ قلب کے ہر ضربان پر کھوپڑی میں (۵ مکعب سنٹی میٹر) خون
داخل ہوتا ہے۔ اور اسلئے اتنا ہی وریدی خون وِداجی ورید کے ذریعہ سے باہر آجاتا ہے۔
یہ سیال جانبی بطین سے تیسرے بطین میں سوراخ منرو (Monro) کے ذریعہ سے

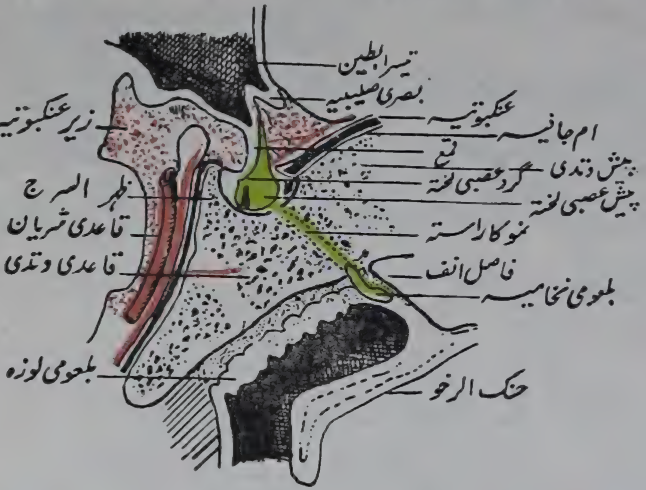
اور تیسرے سے چوتھے بطین میں مصیفِ سلوئیس (aqueduct of Sylvius) کے راستہ سے، اور چوتھے بطین سے برکۂ کبیر (cisterna magna) میں میجنڈی (Magendie) کے سوراخ میں سے ہو کر گزر سکتا ہے (شکل ۱۱)۔ بہت سے ابھی تک ہلٹن (Hilton) کی رائے ہی سے متفق ہیں کہ مصیف مذکور کے مسدود ہو جانے یا میجنڈی (Magendie) کے سوراخ یا دوسرے دو فتحات کے جو بطین چہارم کے جانبی زاویوں پر ہوتے ہیں [کے (Key) اور ریٹزئیس (Retzius) کے سوراخ] بند ہو جانے سے بطینوں سے سیال کے باہر آنے کا راستہ رک جاتا ہے اور اس طرح استسقائے دماغ کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

خون کی سیلیت اوردۂ جالینوس (veins of Galen) سے بھی ہوتی ہے۔ لہٰذا ان پر دباؤ پڑنے سے اسی قسم کا نتیجہ برآمد ہو سکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ استسقائے دماغ کی حالتوں میں جانبی بطینوں کے اندر کا دباؤ دماغی نخاعی سیال کی سیلیت تحت جافی فضا میں کرنے سے کم کیا جا سکتا ہے۔ یہ سیال کسی ایسے دباؤ کے زیر اثر جو دماغی وریدوں کے اندر کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (ہل : Hill)۔

اگر دماغ بھی امتلا سے کلانی یافتہ ہو جائے تو اسے نہ دبنے والی ہڈی کی بجائے ترتیب پذیر آبی بستر سے سابقہ پڑتا ہے، اور اپنی کلانی کے زمانہ میں یہ اس سیال کے کچھ حصہ کو
45 جو اسکے اردگرد موجود ہوتا ہے زیر عنکبوتی فضا کے شوکی حصہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ ہلٹن (Hilton)
نے قاعدہ کے کسر کے ایک مریض کے متعلق جسکے کان سے دماغی نخاعی سیال بہ رہا تھا اطلاع دی تھی، جس سے یہ متبادل اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ جب اسکی ناک اور اسکا منھ بند کر دئے جاتے تھے اور گردن کی وریدیں مضغوط کر دیجاتی تھیں تو زفیر کے لئے کوشش کرنے کے ساتھ ہی اخراج سیال میں بہت اضافہ ہو جاتا تھا۔

بالغ کے دماغی نخاعی نظام میں سیال کی کل مقدار کا اندازہ ۱۳۰-۱۵۰ مکعب سنٹی میٹر (تقریباً ۴½ اونس) کیا گیا ہے۔ اسکا افراز (۱) جانبی بطینوں میں، (۲) تیسرے بطین کی چھت میں، اور (۳) چوتھے بطین کی چھت میں ضفیرہ جاتِ مشیمیہ (choroid plexuses) سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ بر غلیفی (ependymal) سر حلمہ ہی جسکی پوشش ان ضفیرہ جات پر موجود ہوتی ہے حقیقت میں افراز کے فعل کو سر انجام دیتا ہے۔ یہ سیال مندرجہ ذیل ساختوں کے ذریعہ سے جذب ہوتا ہے۔ (۱) لمفی فضاؤں سے جو عصبی جڑوں کے اردگرد موجود ہوتی ہیں۔

(۲) وریدوں اور وریدی فضاؤں میں گزرنے سے۔ نیز (۳) اجسام پکیونی (Pacchionian bodies) کے ذریعہ سے بھی یہ وریدی نظام میں پہنچ جاتا ہے۔ جب میتھلین بلو (methylene blue) کا اشراب شوکی زیر عنکبوتی فضا میں کیا جاتا ہے تو یہ فوراً دماغ کے بطینوں میں ظاہر ہوجاتی ہے، جس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ انتشار جلد ہی واقع ہوجاتا ہے۔ مزید برآں دوران خون میں بھی یہ فوراً ہی ظاہر ہوجاتی ہے۔ اور اسکا اخراج گردوں سے ہوتا ہے۔ عروق لمف سے یہ بہت آہستہ جذب ہوتی ہے، کیونکہ گردن کے غدد کچھ عرصہ گزرنے سے پہلے ملون نہیں ہوتے۔



شکل ۱۲۔ پندرہ ماہ کے بچہ کے جسم نخامیہ، تیسرے بطین، اور اساس الوتد، انفی بلعوم کی تراش۔ نخامی برون بالید کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔

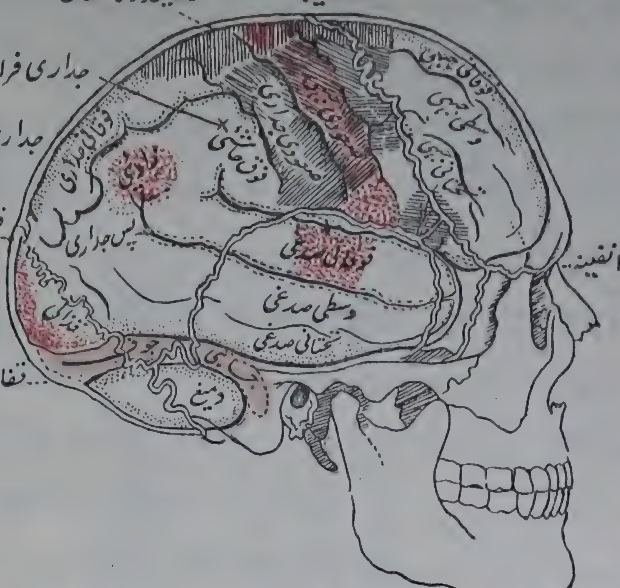
جسم نخامیہ (pituitary body) ۔ زمانہ حال میں جسم نخامیہ کو جو ام جافیہ کے ایک مخصوص خانہ میں بند ہوتا ہے اور اساس الوتدی (basi-sphenoid) کی بالائی سطح پر واقع ہوتا ہے بہت سی جراحی اہمیت حاصل ہوگئی ہے۔ شکل ۱۲ میں اسکی شکل اور اس کے تعلقات ظاہر کئے گئے ہیں جیسا کہ یہ کم عمر بچہ میں دکھائی دیتے ہیں۔ اسکی ڈنڈی تیسرے بطین کے فرش سے نیچے کیطرف کو آتی ہے اور موخر یا عصبی (neural) لخت میں پہنچ کر ختم ہوجاتی ہے۔ مقدم یا غدی لخت عصبی لخت کے ساتھ لگا ہوتا ہے اور اسکو ہر طرف سے محیط کرتا ہے۔ غدی لخت جو فم الاصلی (stomodæum) یعنی جنین کے دہنی نشیب سے بطور ایک برون بالید کے پیدا ہوتا ہے، دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ ایک گرد عصبی (perineural) یا درمیانی (intermediate)

حصہ (ہیرنگ Herring:) جو عصبی لختہ کے ساتھ قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور دوسرا مقدم (anterior) یا پیش عصبی (preneural) حصہ۔ گرد عصبی (perineural) اور پیش عصبی حصے ایک مرکزی کہفہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ اور یہ کہفہ سن بلوغ پر منطمس ہو جاتا ہے (شکل ۱۲)۔ پیش عصبی غدی حصہ بعض اوقات بیش پرورده ہو جاتا ہے، اور اس سے ایک غدی سلعہ طیار ہو جاتا ہے۔ ایسے بہت سے مریضوں میں جسم کے مختلف حصے (خاصکر چہرہ، ہاتھ اور پاؤں) بڑھنا شروع کر دیتے ہیں اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں جس سے ایک حالت جو کبر الجوارح (acromegaly) کے نام سے موسوم ہے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر یہ بیش پرورش جوانی کے زمانہ میں واقع ہو تو پنجر کی تمام ہڈیاں جلد بڑھنا شروع کر دیتی ہیں، اور عفریتیت (gigantism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ نخامیہ کا گرد عصبی غدی حصہ جسم کے مختلف حصوں کی بالیدگی کو اندرونی افراز کے ذریعہ سے منظم رکھتا ہے، اور اگر یہ افراز ضرورت سے زیادہ ہو تو اس سے بیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو عملیہ سے 47
جس میں غدی لختہ کا کچھ حصہ کھرچ دیا جاتا ہے، فائدہ ہوا ہے۔ بالغوں میں نخامیہ تک وتدی جوف میں سے جس کی چھت پر یہ جسم واقع ہوتا ہے، رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ اس جوف تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ ناک کے غضروفی حصہ کو الٹ کر انفی فاصل (septum nasi) کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جاتے ہیں حتیٰ کہ وتدی جوف آجاتا ہے۔ ایک اور راستہ بھی ہے جو شاید مذکورہ راستہ سے بہتر ہے، اور یہ صدغی حفرہ میں سے ہے۔ دماغ کے صدغی لختہ کو اوپر اٹھانے کے لئے تاکہ جسم نخامیہ معرا ہو جائے صدغی حفرہ میں وسیع نزفان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب نخامی سلعات پھیلتے ہیں تو کھوپڑی کی اجواف کو مضغوط کر دیتے ہیں، اور بصری اعصاب (optic nerves) کے ساتھ قریبی علاقہ رکھنے کی وجہ سے جزوی بصری ذبول، اور کوری، اور نیز میدانِ نظر میں تخفیف بھی پیدا کر دیتے ہیں۔ ایسا سلعہ بعض اوقات وتدی جوف کی چھت کو منخفض کر دیتا ہے۔

شکل ۱۲ میں بڑھتے ہوئے نخامیہ کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ارڈہائیم (Erdheim) نے جن جسموں کا (جو ۵۰ سے اوپر ہیں) امتحان کیا ہے ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ جنینی نخامیہ کا یہ بقیہ حصہ (انفی بلعومی نخامیہ) ہر جسم میں موجود ہوتا ہے۔ نخامیہ اُمِ جافیہ کے ایک خانہ میں واقع ہوتا ہے جس کی چھت اسکے جسم کی ڈنڈی سے منثقب ہوتی ہے۔ (لاشعاعوں کی مدد سے نخامی حفرہ کا جو محل اور شکل ظاہر ہوتی ہے وہ شکل ۱۰ میں ظاہر کی گئی ہے)۔ نخامیہ کو رسدِ خون کثیر التعداد عروق سے پہنچتی ہے جو دائرہ ولس (circle of Willis) سے نکلتے ہیں،

اور نیچے اتر کر نخاعیہ کی ڈنڈی تک پہنچ جاتے ہیں۔ 48

دماغ کے سطحی تعلقات۔ (شکل ۱۳ و ۱۶) دماغ کا طولی شقاق



شکل ۱۳ دماغ اور حسی حرکی رقبہ جات کے تعلق کو کھوپری سے ظاہر کرتی ہے۔ (کوئین Quian: سے ترمیم کیگئی ہے) حسی حرکی رقبہ جات تاریک کردئے گئے ہیں۔ ٹانگ اور دھڑ کے رقبہ جات میں عمودی خطوط کھینچے گئے ہیں۔ اور بازو اور ہاتھ کے رقبہ جات کے خطوط آگے کی طرف کو اور چہرہ اور منھ کے رقبہ جات کے خطوط پیچھے کی طرف کو مائل ہیں۔ زبان، بلعوم اور حنجرہ کے رقبہ جات پر نقطے ڈالے گئے ہیں۔ صعودی جبہی تلفیف جس میں وہ رقبہ جات شامل ہوتے ہیں جو فعل میں صرف حرکی ہوتے ہیں، سرخ خطوں سے ظاہر کیگئی ہے۔ تلفیف بروکا (Broca) پر تکلم کا مرکز افقی خطوط سے تاریک کیا گیا ہے۔ الفاظ سننے کا مرکز فوقانی صدغی تلفیف پر اور الفاظ دیکھنے کا مرکز زاویئی تلفیف پر ظاہر کیا گیا ہے۔ وسطی اور تحتانی جبہی تلافیف کے موخر حصوں پر جو رقبہ افقی خطوط سے تاریک کیا گیا ہے، وہ سر اور آنکھوں کی مشترک حرکتوں کے لئے ہے۔

(longitudinal fissure) قمۃ الراس پر سے منقطب (glabella) سے لیکر خارجی قذالی ابھار تک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ یہ سامنے سے تنگ ہوتا ہے مگر چونکہ اس میں طولی جوف موجود ہوتا ہے جو پیچھے جاکر فوراً چوڑا ہو جاتا ہے، اسلئے پچھلی طرف اس کا عرض معتدبہ ہو جاتا ہے، اور بائیں دماغی نصف کرہ کے غلبہ کی وجہ سے یہ بالعموم خط وسطی سے کسی قدر دائیں طرف کو واقع ہوتا ہے۔ خارجی قذالی ابھار اور کان کے درمیان

جانبی جوف دماغ کے زیرین لیول کی اور دمیغ کے اوپر کے لیول کی حدبندی کرتا ہے (شکل ۶ اور ۱۳)۔ کان کے آگے وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ کی موخر تین چوتھائی صدغی لخت کے زیرین کنارہ کو ظاہر کرتی ہے۔ صدغی لختہ کا قطب مجری کی بیرونی کور سے $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ پیشانی پر دماغ کی زیرین حد کا اندازہ مقطب (glabella) سے لے کر نقطہ سلوئیس (Sylvius) تک مجر کی بالائی کور سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر خط کھینچنے سے کیا جا سکتا ہے۔ بصلہ جات شمیہ (olfactory bulbs) انفینہ (nasion) کے لیول پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۳)۔

دمیغ کا استقصلہ خارجی منفذ کے نقطۂ وسطی کے لیول سے $\frac{1}{2}$ انچ نیچے اور $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۱۳)۔ یہ گہرا واقع ہوتا ہے کیونکہ قذالی عضلات (occipital muscles) کے منہاؤں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

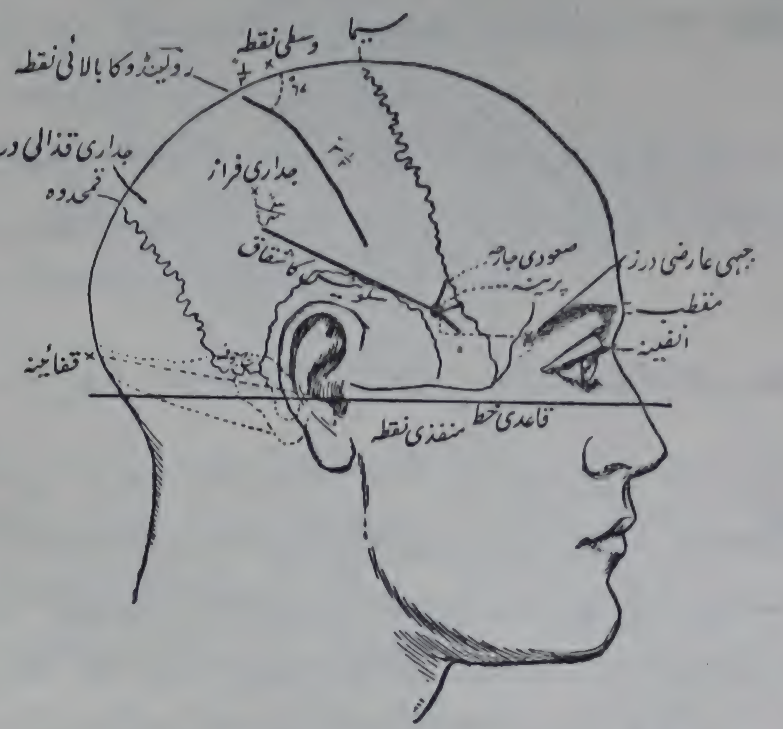
رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی نشاندہی کے جو بہت سے طریقے

پیش کئے گئے ہیں، ان میں سے وہ طریقہ جس کا ذکر صفحہ 26 پر کیا گیا ہے نہایت سادہ اور صحیح ہے۔ جو خط وہاں کھینچا گیا ہے وہ بعض اوقات شقاق کے عین اوپر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ سر کی شکل کے لحاظ سے اس کا محل بھی کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات صعودی جبہی اور جداری تلافیف میں، جو رولینڈو کے شقاق کی حدبندی کرتے ہیں، بہت بڑی حد تک واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک تلفیف کا اوسط عرض $\frac{3}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ اکلیلی درز (coronal suture) کا بالائی حصہ رولینڈو کے شقاق سے ۲ انچ آگے، اور نیچے کا حصہ اس سے $1\frac{1}{4}$ انچ آگے ہوتا ہے۔

سلوئیس (Sylvius) کے شقاق کی نشاندہی مندرجہ ذیل طریقہ سے

کی جا سکتی ہے۔ جبہی عارضی (fronto-malar) اتصال سے جو ایک نمایاں کٹاؤ سے ممیز ہوتا ہے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر اور $1\frac{1}{2}$ انچ پیچھے ایک نقطہ مقرر کر لیا جاتا ہے۔ یہ نقطہ کنپٹی میں عظم جداری کے پیش زیرین زاویہ کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (پرینہ :pterion)۔ پرینہ سلوئیس کے شقاق کے تینوں جوارح اور اس کے تنے کے مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر ایک خط پرینہ سے پیچھے اور اوپر کی طرف کو جداری فراز سے $\frac{3}{4}$ انچ نیچے تک کھینچا جائے تو

یہ موخر افقی جارحہ (posterior horizontal limb) یا فرع (ramus) کے
محل وقوع کو ظاہر کریگا (شکل ۱۴)۔ اگر جداری فراز بخوبی نمایاں نہ ہو تو شقاق مذکور کی نشاندہی
جبہی عارضی کٹاؤ کو پرینہ (pterion) سے ملانے اور اُس خط کو پیچھے کی طرف سیدھا بڑھا کر 50



شکل ۱۴۔ وہ خطوط دکھائے گئے ہیں جو دماغ کے بڑے بڑے شقاقات کو ظاہر کرتے ہیں ایڈ (Reid)
کا قاعدی خط محجر کے زیریں حاشیہ سے پیچھے کی طرف کو منفذی نقطہ میں سے گزرتا ہوا کھینچا گیا ہے۔

جداری فراز تک لیجانے سے، جیسا کہ شکل ۶ میں ظاہر کیا گیا ہے، کی جاسکتی ہے (آر۔ جے۔ بیری
(R.J. Berry: ۔ اس فرع (ramus) کی حد نیچے کی طرف فوقانی صدغی تلفیف سے بنتی
ہے جسکے ثلث وسطی میں "سماعت الفاظ" مرکز ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ اوپر کی طرف اسکی حد بندی
آگے سے لیکر پیچھے کی طرف کو تحتانی جبہی تلفیف کے قاعدی حصہ، صعودی جبہی اور جداری تلافیف
کے زیریں سروں، اور فوق حاشئی تزرید (supramarginal gyrus) سے ہوتی ہے۔ قبل الذکر

تین حصوں میں زبان، حنجرہ، بلعوم اور منہ کی حرکتوں کے مرکز واقع ہوتے ہیں۔ اگر خطِ سلویئس
کے اختتام کے ساتھ ملا کر ایک پینی (penny) رکھدیا جائے تو وہ زاویئی تلفیف کو جس میں 51
"بصارت الفاظ" کا مرکز موجود ہوتا ہے ڈھک لیگا (شکل ۱۳)۔ جداری فراز فوق حاشئی
تلفیف کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ شقاق سلویئس کا صعودی جارحہ پر ینہ (pterion)
سے اوپر کی اور کسی قدر آگے کی طرف کو ایک ۳/۴ انچ لمبا خط کھینچنے سے ظاہر کیا جا سکتا ہے، اور
چھوٹے مقدم افقی جارحہ کی نشاندہی اسی نقطہ سے آگے کی طرف کو ایک ۱/۲ انچ لمبا خط کھینچنے
سے کیجا سکتی ہے۔ صعودی اور مقدم جوارح کے درمیان تحتانی جبہی تلفیف کا جزو مثلثی
(pars triangularis) واقع ہوتا ہے جس میں "حرکی تکلم" (motor speech) کا مرکز
موجود ہوتا ہے۔ بروکا (Broca) کا یہ خیال تھا کہ بائیں تحتانی جبہی تلفیف (جو اکثر تلفیف بروکا
کہلاتی ہے) نطق سے ایک خاص تعلق رکھتی ہے۔ مگر حال ہی میں پیرے میرے (Pierre
Marie) اور دوسروں نے اس حصہ کے مرض کے کئی ایک واقعات کا بیان شائع کیا ہے
جن میں نطق غیر متاثر رہا تھا۔ شقاقِ سلویئس کا تنا ۱/۲ انچ لمبا ہوتا ہے، اور عظم وتدی کے
جناح کبیر کے نیچے سے نیچے اور آگے کی طرف کو جاتا ہے (شکل ۱۳)۔ صدغی لختہ
اسکے نیچے واقع ہوتا ہے۔

عظم جداری کے چاروں زاویے بھیجے سے اہم تعلقات رکھتے ہیں۔

پیش زیرین زاویہ تحتانی جبہی تلفیف کے موخر حصہ اور شقاقِ سلویئس کے مقدم افقی اور صعودی
جوارح کو پوشیدہ رکھتا ہے۔ وسطی سحائی شریان کی مقدم شاخ معہ اپنے رفیق جوف کے
اسکے نیچے سے اوپر کو چڑھتی ہے۔ پیش فوقانی زاویہ سیما (bregma) پر فوقانی جبہی تلفیف
کے انتہائی سرے اور ٹولے کے حرکات کے مرکز کو پوشیدہ رکھتا ہے پس فوقانی زاویہ محدودہ
(lambda) پر قذالی لختہ کے بالائی حصہ کے اوپر اور جداری قذالی شقاق سے ۱/۲ انچ پیچھے
واقع ہوتا ہے۔ پس تحتانی زاویہ جانبی جوف کے انجذاب کو پوشیدہ کرتا ہے، اور دماغ کی
زیرین حد کو ظاہر کرتا ہے۔ شقاقِ سلویئس کے موخر جارحہ کا مقدم نصف فلسیاتی درز
(squamous suture) کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف گویہ سب کا سب
عظم جداری کے نیچے چلا جاتا ہے۔ لہٰذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ عظم جداری تمام جداری لختہ، جبہی اور 52

صدغی لختوں کے موخر حصوں، اور قذالی لختہ کے بالائی حاشیہ کو ڈھکتی ہے۔

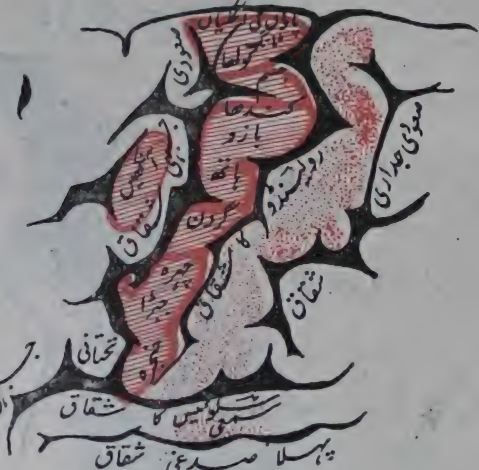
تحتانی صدغی تلفیف (inferior temporal convolution)

وجنہ کے بالائی کنارہ اور خارجی منفذ کے اوپر سے پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے، اور طبل (tympanum) کی چھت پر متمکن ہوتی ہے۔ اسلئے یہ ان خراجات کا عام ترین محل ہے جو اذنِ وسطی کے امراض کے بعد پیدا ہوتے ہیں (شکل ۱۴)۔

بھیجے کے قاعدی عقدے (basal ganglia) (جسم مخطط: corpus striatum اور عرشہ بصری: optic thalamus) اپنے بیرونی رخ پر جزیرۂ رایل (island of Reil) سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ یہ جزیرہ شقاق سلویئس کے مقدم ترین جو تھائی حصہ میں دبا ہوتا ہے، لہٰذا اس کے اور قاعدی عقدوں کے لئے بھی شقاق مذکور کے سطحی نشانات ہی استعمال کئے جا سکتے ہیں (دیکھو شکل ۶ و ۱۴)۔ اگر پرینہ (pterion) کے سامنے نصف انچ نصف قطر کا نصف دائرہ کھینچا جائے تو یہ قاعدی عقدوں (basal ganglia) کی مقدم حد کو ظاہر کرے گا، اور انکی موخر حد اس نقطہ کے سامنے کی طرف اس سے کسی قدر فاصلہ پر واقع ہوتی ہے جس پر جانبی بطینات کا بزل کیا جا سکتا ہے (دیکھو شکل ۳۔ صفحہ 15)۔ یہ نقطہ مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاتا ہے۔ خارجی منفذ سے ایک انتصابی خط ۵ سنٹی میٹر (۲ انچ) لمبا اوپر کی طرف کو کھینچا جاتا ہے۔ جس نقطہ پر جانبی بطین کا بزل کیا جاتا ہے وہ اس خط کے بالائی سرے سے ۳ سنٹی میٹر (۱½ انچ) پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر اگر مبزل (trocar) بھونک دیا جائے تو وہ جانبی بطین میں اسکے جسم اور نزولی اور موخر قرنوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتا ہے (جنکنس :Jenkins)۔

بھیجے کے حسی حرکی رقبہ جات۔ بعض ضربات دماغ کا مقام معلوم کرنے اور ان عملیہ جات میں رہبری کے لئے جو قشرۂ دماغ پر کئے جاتے ہیں، جراح کے لئے ان رقبہ جات کے محل کی واقفیت رکھنا نہایت ضروری ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ رقبہ جات صعودی جبہی (پیش مرکزی: precentral) اور نیز صعودی جداری (پس مرکزی: postcentral) تلفیف میں واقع ہوتے ہیں۔ مگر شیرنگٹن (Sherrington) اور گرونبوم (Grünbaum) نے بشر آسا قرود (anthropoid apes) میں ان تلافیف کے قشرہ کو زیادہ صحیح طور پر ہیجان پہنچانے سے یہ دریافت کیا ہے کہ حرکی تعاملات محض صعودی جبہی تلفیف ہی سے حاصل ہوتے ہیں۔

53 حرکی رقبہ جات کی ترتیب شکل ۱۵ میں ظاہر کی گئی ہے ۔ جارحہ اسفل اور دھڑ کی حرکیتیں صعودی جبہی تلفیف کے بالائی ایک تہائی حصہ اور بیشتر اسکے اس حصہ سے جو دماغ کے وسطی رخ پر ہوتا ہے، متعلق ہوتی ہیں اور بازو کی حرکتیں اس تلفیف کے وسطی حصہ کے زیر اثر ہوتی ہیں، اور چہرہ، منھ اور حنجرہ کی اس کی زیریں ایک تہائی کے ماتحت ہوتی ہیں ۔ سمنگٹن (Symington) اور کرمبل (Crymble) نے



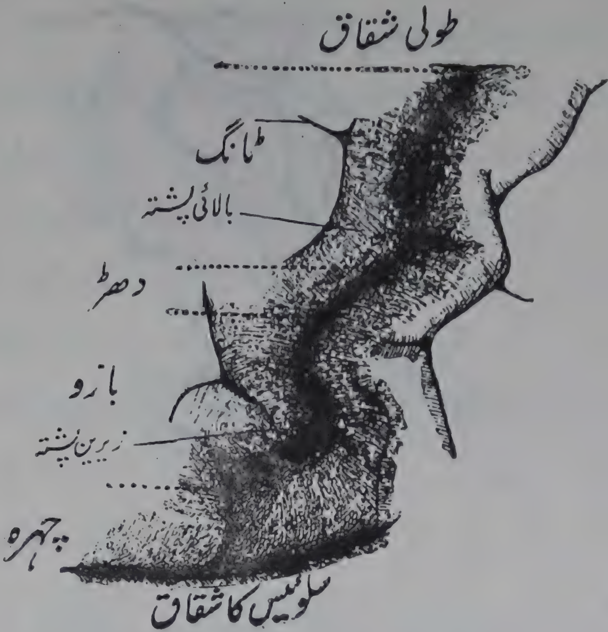
شکل ۱۵ پیش مرکزی یا صعودی جبہی تلفیف میں حرکی رقبہ جات کے، اور پس مرکزی یا صعودی جداری تلفیف میں حسی رقبہ جات کے مقامات کو ظاہر کرتی ہے ۔

مرکزی یعنی رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی جسامت اور شکل کے متعلق تحقیقات کی ہے، اور اس نے شکل ۱۶ کے مطابق یہ معلوم کیا ہے کہ یہ شقاق اکثر دماغوں میں دو مقامات پر بالائی اور زیرین تلفیفی پشتوں سے پیچھے کی طرف کو دبا ہوتا ہے ۔ ان پشتوں کا محل، اور حرکی رقبہ جات سے انکا تعلق، اور سہمی درز سے انکا فاصلہ شکل ۱۶ میں ظاہر کیا گیا ہے ۔

رولینڈو کے شقاق کے پیچھے صعودی جداری تلفیف میں حسی رقبہ جات واقع
54 ہوتے ہیں اور یہ صعودی جبہی تلفیف کے حرکی رقبہ جات کے متناظر ہوتے ہیں ۔

جب کوئی سلعہ دماغ کی سطح کو دباتا ہے تو قشرہ میں پہلے تحریک پیدا ہوتی ہے ۔ لہٰذا

اگر سلعہ حرکی رقبہ پر واقع ہو تو یہ اس رقبہ کی زیر اثر حرکتوں میں تحریک پیدا کر دیتا ہے۔ اور اگر یہ حسی رقبہ پر واقع ہو تو جو احساسات اسکے متعلق ہوتے ہیں انہیں تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔ اس ہیجان کے بعد قشرہ میں جلد ہی تباہی نمودار ہو جاتی ہے، اور اسکے وظائف معطل ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا ابتدائی تحریک کی جگہ فقدانِ حرکت اور فقدانِ حس نمودار ہو جاتا ہے۔ درون جمجمی بالیدوں سے پیدا شدہ علامات کی



شکل ۱۶ پیش مرکزی تزرید کے تلافیفی مرمیہ جات، اور حرکی رقبہ جات کے ساتھ انکے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (سمنگٹن : Symington اور کرمبل :Crymble-)

تخصیصِ مقام بعض اوقات ممکن نہیں ہوتی، کیونکہ چھوٹے سے سلعہ سے بھی جو کھوپری کی استوار دیواروں کے 55
اندر ہو ضغطہ کے ایسے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں جو وسیع رقبہ جات پر منقسم ہوتے ہیں۔ آنکھوں کے زوجی حرکات (conjugate movements) وسطی جبہی تلفیف کے موخر سرے پر کے قشرہ کے زیر اثر ہوتے ہیں (شکل ۱۵)۔ مزید برآں قشرہ میں بہت سے ابتدائی حسی رقبہ جات بھی ہیں (وہ رقبہ جات جو بصارت اور سماعت اور شامہ سے تعلق رکھتے ہیں) جو درون جمجمی ضربات سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایسے علامات پیدا ہوتے ہیں جن سے جراح کو محل مرض معلوم

کرنے میں مدد ملتی ہے۔ استبصاری قشرہ (visual cortex) ظفری شقاق (calcarine fissure) کے نزدیک اور قذالی لخلخہ کے اردگرد واقع ہوتا ہے۔ "بصارت الفاظ" کا مرکز زاویئی تزید (angular gyrus) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ سمعی قشرہ (auditory cortex) فوقانی صدغی تلفیف کے گہرے یا دبے ہوئے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ اور "سماعتِ الفاظ" کا مرکز اس تلفیف کے وسطی ثلث سے منسوب ہے۔ شمّی قشرہ (olfactory cortex) خطّاف (uncus) میں واقع ہوتا ہے، جو صدغی لخلخہ کے اندر کی طرف موجود ہوتا ہے۔ خطّاف کے قرب وجوار کے سلعات شمّی احساسات میں اختلال پیدا کرنے کے علاوہ "خوابی حالتیں" بھی پیدا کر دیتے ہیں۔

بھیجے کے متعلق عمومی طور پر کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ جراحی نقطۂ نگاہ سے یہ نرم بافت کا صرف ایک بڑا سا تودہ ہے جس کو ہلانے سے اسی طرح نقصان پہنچ سکتا ہے، جس طرح کہ جلاٹین کو ڈبہ میں ہلانے سے پہنچتا ہے۔ چونکہ اسکی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ بہت آسانی سے دب سکتا ہے، اور اس سے جمجمی کہفہ بتمامہ پُر نہیں ہوتا، اسلئے یہ کھوپری میں اِدھر اُدھر ہلایا جاسکتا ہے، اور اپنی دیواروں کے ساتھ ٹکرانے سے اسکو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ بھیجے کی کوفتگی یا اس کے کچلے جانے کی حالت میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ جہانتک دماغ اور دمیغ کا تعلق ہے ضرر دوسرے حصص کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی کی زیریں سطح پر واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 43)۔ مگر مذکورہ بیان کی ایک نمایاں استثنائی حالت بھی ہے اور وہ یہ ہے کہ دماغ کے قاعدہ کے وہ حصے جو دماغی نخاعی سیال کے ایک عظیم قاعدی اجتماع پر متمکن ہوتے ہیں شاذ و نادر ہی کوفتہ ہوتے ہیں۔ یہ حصے نخاع مستطیل، جسر، اور میاں ساقچی فضا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رسدِ خون عروقِ خون کی رسد دماغ میں بہت مفرط ہوتی ہے۔ دونوں بڑے بڑے شریانی تنوں (فقری :vertebral اور داخلی سباتی :internal carotid) میں کھوپری میں داخل ہونے سے قبل خم پیدا ہو جاتے ہیں، جنکا مقصد شائد یہ ہے کہ انقباضِ قلب کے جو اثرات دماغ پر ہوتے ہیں ان میں تخفیف ہو جائے۔ داخل ہونے کے ذرا بعد ہی یہ ایک منتظم دائرہ (دائرۂ ولس :circle of Willis) کی شکل میں ملجاتے ہیں، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ دماغی دورانِ خون میں یکسانیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ربطی مجاری صرف اسی حالت میں کار آمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ ان

شریانوں میں سے جن سے دائرہ ولس بنتا ہے کوئی بڑی شریان مسدود ہو جائے۔ اگر زندہ کتے کی بائیں سباتی (carotid) شریان میں کسی رنگین محلول کا اشراب کر دیا جائے تو تلوینی مادہ صرف بائیں نصف کرہ تک ہی محدود رہتا ہے۔ لیکن اگر دائیں سباتی (carotid) شریان پہلے ہی سے باندھ دیگئی ہو تو تلوینی مادہ دائیں اور بائیں دونوں نصفوں میں پایا جاتا ہے (کریمر :Kramer)۔

وسطی دماغی (middle cerebral) شریان کی سدادیت سے دماغی قشرہ کا ایک وسیع رقبہ تباہ ہو جاتا ہے۔ یہ عرق تیسرے جبہی، بالائی اور وسطی صدغی، زوایئی، فوق حاشیئی، اور نیز صعودی جبہی اور جداری تزارید کی زیریں دو تہائی کو رسد پہنچاتا ہے۔ ایسی حالت میں حسی حرکی رقبہ کے صرف وہی حصے تباہ ہونے سے بچتے ہیں جو جوارح اسفل اور دھڑ کے لئے ہوتے ہیں۔ ان مرکزوں کو اور جبہی اور جداری لختوں کی وسطانی طرف کو، اور بیرونی جانب پر قشرہ کے ہم پہلو حصہ کو مقدمہ دماغی (anterior cerebral) شریان رسد پہنچاتی ہے۔ قذالی لختہ اور صدغی وتدی تلافیف کو موخر دماغی (posterior cerebral) شریان سے رسد پہنچتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مشترک سباتی (common carotid) شریان کی بندش سے بھیجے پر کوئی اثر نہ ہو، اگرچہ اس عملیہ کے بعد موت زیادہ تر دماغی پیچیدگیوں ہی سے واقع ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک سباتی (carotid) اور دو فقری (vertebral) شریانیں بھیجے کو کافی خون لا سکتی ہیں، مگر ربطی عروق میں کافی کلانی پیدا ہونے سے پیشتر، جس سے بھیجے کے تمام حصوں کو خون یکساں طور پر تقسیم ہو سکے، چند ہفتے گذر جاتے ہیں۔ دونوں مشترک سباتی شریانوں کو بند لگایا گیا ہے۔ اور نیز ایک طرف کی سباتی شریان کے مرض کی وجہ سے مسدود ہونے کی حالت میں دوسری طرف کی سباتی شریان باندھی گئی ہے، مگر کوئی نمایاں دماغی اختلالات رونما نہیں ہوئے۔ مگر جب دونوں شریانوں کے بند کرنے میں چند ہفتوں سے کم وقفہ رہا ہے تو مریض کسی حالت میں بھی رو بصحت نہیں ہوا۔ فقری شریانیں دماغ کو خون کی ایک کافی مقدار لیجا سکتی ہیں، بشرطیکہ ان پر بار بتدریج ڈالا جائے، اور دماغ کو کچھ وقت دیا جائے تاکہ وہ اس تغیر سے آہستہ آہستہ موافقت پیدا کر لے۔ کہتے ہیں چاروں کی چاروں شریانوں کو بند لگانے کے بعد شوکی اور دماغی شریانوں کا تفمم جو سوراخ کبیر (foramen magnum) میں ہوتا ہے زندگی قائم رکھنے کیلئے کافی ثابت ہوا ہے (ہل :Hill)۔ چھوٹی دماغی شریانوں میں سے کسی ایک میں سدادات (emboli) کی ڈاٹ لگ جانے سے عام طور پر فوراً تباہ کن نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی سدادیت

علم الجراحت میں مشترک سباتی (common carotid) شریان کے انورسما کے سلسلہ میں پائی جاتی ہے ۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ ان انورسماؤں کے صرف امتحان ہی کرنے میں تاچہ میں سے تھکے کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا علیحدہ ہوکر دماغ میں چلا گیا، اور اس سے کسی ایک دماغی عرق میں ڈاٹ لگ گئی ۔ چنانچہ سباتی شریان کے انورسما کا صرف امتحان ہی کرنے سے فالج نصفی (hemiplegia) پیدا ہو چکا ہے، جیسا کہ لیڈز (Leeds) کے مسٹر ٹیل (Mr. Teale) نے ایک واقعہ میں درج کیا ہے۔

دماغ کے نبضانات ایسے سلعات یا اجتماعات سیال میں بھی منتقل ہو جاتے ہیں جو کھوپری کے کسی روزن سے سطح دماغ تک پہنچ جائیں ۔ ایسے نبضانات شریانی نبض سے مزاحمن ہوتے ہیں مگر دماغی نبضانات کے نبض نگاری ترسیمات (sphygmographic tracings) سے "تنفسی منحنی" (respiratory curve) بھی ظاہر ہوتا ہے، جس کا بلاواسطہ ایصال صدر سے وریدوں کے اندر کے خون کے ذریعہ سے ہوتا ہے ۔ وداجی ورید (jugular vein) کے زیرین سرے پر جو مصراع ہوتا ہے وہ خون کی بلاواسطہ بازروی کو جو قلب سے دماغ کی طرف کو ہو سکتی ہے روک دیتا ہے، مگر یہ خون کے دباؤ کے انتقال کو نہیں روکتا۔

اگرچہ بھیجے کے زخموں میں سے سیلان خون بکثرت ہوتا ہے، مگر یہ سیلان بغیر کسی دقت کے بند ہو جاتا ہے، کیونکہ عروق میں فوری انقباض کی استعداد موجود ہوتی ہے ۔ دماغ کے قشرہ سے بڑے بڑے سلعات کا استیصال نزف سے ضرورت سے زیادہ دقت اٹھائے بغیر کیا جا سکتا ہے ۔ دماغی شریانوں کی انتہائی شاخوں کے درمیان ام حنونہ میں بکثرت تفمم پایا جاتا ہے، مگر وہ بہت چھوٹی چھوٹی شریانیں جو قشرہ کو منثقب کرتی ہیں اور اس کو رسد پہنچاتی ہیں انتہائی ہوتی ہیں ۔ لہٰذا
58 اگر دماغ کی سطح پر کوئی دباؤ ڈالا جائے تو اس سے قشرہ کے اس حصہ میں عدم دمویت پیدا ہو جائیگی، اور اگر یہ دباؤ اسی طرح رہیگا تو یہ حصہ تباہ ہو جائے گا۔

کسی دماغی ورید کو باندھنے سے قشرہ کے اس حصہ میں جس کی مسیلیت اس میں ہوتی ہے عام طور پر ذبول واقع ہو جاتا ہے (ہارسلے : Horsley)۔ دماغ کی سطح پر ہمیشہ ایک منتفمم ورید ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں ۔ یہ ورید بالائی دماغی وریدوں کو زیرین دماغی وریدوں سے ملاتی ہیں ۔ زیرین دماغی وریدیں تعداد میں چار ہوتی ہیں ۔ ان میں تیز صدغی اور قذالی لخمتوں میں سے نکل کر جانبی جوف میں ختم ہو جاتی ہیں، اور جو سطحی سلویئس (Sylvius) کی سطحی ورید عظیم وتدی کے جناح صغیر کے جوف میں جا کر ختم ہو جاتی ہے ۔ صدغی اور قذالی لخمتوں کو

ان وریدوں کو منشق کئے بغیر جو جانبی جوف سے جاکر ملتی ہیں، خیمہ (tentorium) پر سے اٹھایا نہیں جاسکتا۔

دمیغ (cerebellum) کی تقریباً ساری وریدیں جانبی جوف پر جاکر ختم ہوتی ہیں۔ اسکی شریانیں فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شریانوں سے نکلتی ہیں۔ دمیغ، جسر، اور نخاع مستطیل کو جو مختلف شریانیں رسد پہنچاتی ہیں وہ اپنی تقسیم میں انتہائی ہوتی ہیں، اور اس لئے ہر عصبی مرکز اور ہر رقبہ کی عرقی رسد اپنی اپنی ہوتی ہے (سٹاپ فورڈ :Stopford)۔ دمیغ کے سلعات سے عضلی ضعف اور بے آہنگی (inco-ordination)، دوران سر، اور عدم توازن پیدا ہو جاتا ہے۔ دُودَہ (vermis) یا دمیغ کے وسطی حصہ کا تعلق دھڑ کو خمیدہ کرنے کی حرکات کے ساتھ زیادہ بلاواسطہ ہے۔ جانبی لختتے ہم آہنگی اور جسم کو پھیرنے کے حرکات (وہ حرکات جو دھڑ کے انتصابی محور پر کئے جاتے ہیں) سے تعلق رکھتے ہیں (ہارسلے :Horsley)۔ ہمیں ایسے ثبوتوں کی بنا پر جن کی تعداد میں بتدریج اضافہ ہوتا جاتا ہے یقین ہوگیا ہے کہ دمیغ کا منشرہ فعلی اور خطی رقبہ جات میں منقسم ہے۔

59

باب چہارم

محجر اور آنکھ

محجر

(ORBIT)

محجر (orbit) کے قطر مندرجہ ذیل ہیں۔ پیش پسی، تقریباً ۱ ۳/۴ انچ (۴۴ ملی میٹر)، انتصابی قاعدہ پر ۱ ۱/۴ انچ (۳۱ ملی میٹر) سے ذرا زیادہ، افقی قاعدہ پر تقریباً ۱ ۱/۲ انچ (۳۶ ملی میٹر)۔ گلوب کے قطر یہ ہیں۔ مستعرض ۲۴ ملی میٹر، پیش پسی ۵ء۲۴ ملی میٹر، انتصابی ۲۳ ملی میٹر (بریلی Brailey:)۔

اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مقلہ (eyeball) محجر کے اطراف کی نسبت اس کے بالائی اور زیریں حواشی کے زیادہ قریب ہوتا ہے، اور گلوب اور دیوارِ محجر میں سب سے زیادہ فاصلہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے۔ لہٰذا گلوب سے باہر کی جانب پر شگاف دینے سے محجر کے اندر تک نہایت آسانی سے رسائی ہو جاتی ہے۔ اور مقلہ کا استیصال کرنے میں عام طور پر باہر کی طرف ہی سے قینچی ڈال کر بصری عصب (optic nerve) کو کاٹا جاتا ہے۔ مگر بائیں آنکھ کو نکالتے وقت بصری عصب کو اندر کی طرف ہی سے کاٹنا زیادہ سہل ہوتا ہے۔

محجر کی عظمی دیواروں میں سے اس کا فرش، چھت، اور بالخصوص اسکی اندرونی دیوار،

یہ تینوں بہت پتلے ہوتے ہیں، اس لئے جو اجسام غریبہ مجحر میں بھونکے جائیں وہ حجمی کہفہ یا ناک یا عظم مصفاتی کے خلیات میں بآسانی داخل ہو جاتے ہیں، اور جب انکا رخ اوپر کی طرف سے ہو تو یہ منارہ میں چلے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲، صفحہ 117)۔ بہت سی مثالوں میں تیز نوک والے کسی آلہ، مثلاً چھڑی یا تلوار کا سرا مجحر میں سے دماغ میں بھونک دیا گیا ہے، اور اس خطرناک ضرر کے کوئی خارجی نشانات باقی نہیں تھے۔ نیلیٹن (Nélaton) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں داخلی سباتی (internal corotid) شریان مجحر میں سے زخمی ہو گئی تھی۔

مجحر کی بیرونی دیوار کا مقدم ایک تہائی حصہ صدغی حفرہ (temporal fossa)

60 سے عظم عارضی (عظم وجنی :os zygomatum) کے ذریعہ سے (شکل ۱۰)، اور اس کا موخر دو تہائی حصہ کھوپڑی کے وسطی حفرہ سے جس میں صدغی لختہ موجود ہوتا ہے، وتدی کے جناح کبیر کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے۔ یہاں مجحری سلعات کے دور کرنے کے لئے ایک مسلمہ راستہ کرونلین (Kronlein) نے دریافت کیا ہے، اور وہ یہ ہے کہ مجحر کی بیرونی دیوار صدغی حفرہ میں سے کھول دیجاتی ہے۔ خودکشی کرنے، اور جنگ کے دوران میں جو زخم آتے ہیں، ان سے یہ ثابت ہوا ہے کہ گولی صدغی حفرہ میں سے داخل ہو کر مجحر کی بیرونی دیوار میں سوراخ کرنے کے بعد مقلہ یا بصری عصب کو تباہ کر سکتی ہے مگر دماغ کو چھوئے بغیر بھی چھوڑ دیتی ہے۔ صدغی لختہ کا قطب مجحر کے بیرونی حاشیہ کے پیچھے اس سے ۲ سے لیکر ۲.۵ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶ صفحہ 25، اور شکل ۱۰ صفحہ 36)۔

مجحر کی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطۂ نگاہ سے دلچسپ ہیں، کیونکہ خون کے انصبابات اور سلعات کی بروں بالیدیں قرب و جوار کے حفرہ جات سے اس تک پھیل سکتی ہیں، نیز مخاط یا پیپ کے اجتماعات بھی مجحری اورام کی شکل میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ صدغ پر شدید چوٹ لگنے سے خون تحتانی مجحری (inferior orbital) (وتدی فکی (spheno-maxillary: شقاق میں سے گذر کر مجحر میں پہنچ گیا ہے اور اس سے زیر ملتحمی کدمہ (subcon-junctival ecchymosis) پیدا ہو گیا ہے۔ جیبی جوف کے متمدد ہونے سے خواہ یہ مخاط سے ہو (قیلہ مخاطیہ :mucocele) یا پیپ سے مجحر کے بالائی اور اندرونی حاشیہ پر اندرونی (وسطانی) جفنی رباط کے لیول سے اوپر بعض اوقات ایک نمایاں سلعہ نمودار ہو جاتا ہے، جو گلوب کو نیچے کی،

باہر کی اور آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔

محجر بصلی روا (fascia bulbi) (جس کا ذکر آئندہ آئیگا) سے پیچھے چشم کے عضلات، عروق اور اعصاب کے علاوہ بہت سے **پس محجری نابستہ شحم** (retro-orbital loose fat) سے مملو ہوتا ہے۔ اس چربی کے انجذاب سے ہزال کی حالتوں میں آنکھیں دھس جاتی ہیں۔ اس بافت کیوجہ سے محجری خراج بآسانی پھیل جاتا ہے۔ یہ خراج ضربات، بعض حشمی التہابات، اور گرد عظمی التہاب وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے، یا منصلہ حصوں سے بھی پھیل کر پہنچ جاتا ہے۔ پیپ سے بعض اوقات تمام کہفہ پُر ہو جاتا ہے جس سے مُقلہ آگے کی طرف کو نکل آتا ہے، اور اسکے حرکات محدود ہو جاتے ہیں۔ اور دوران خون میں خلل آنے کی وجہ سے ملتحمہ میں بہت سی سرخی پیدا ہو جاتی ہے، اور پپوٹوں میں ورم آجاتا ہے۔ مزید برآں پس محجری شحم میں حیرت انگیز جسامت اور عجیب و غریب شکل کے اجسام غریبہ بھی غالباً ایک طویل عرصہ تک 61
پڑے رہتے ہیں اور ان سے کوئی نمایاں علامات نمودار نہیں ہوتے۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں ٹوپی ٹانگنے کی ایک آہنی کھونٹی کا ۳ انچ لمبا ٹکڑا مریض کو معلوم ہونے کے بغیر ہی اسکی آنکھ میں کئی دن تک رہا۔ اور فورنو جارڈن (Fourneaux Jordon) نے ایک خرمن کوب کا واقعہ درج کیا ہے جس میں شدید رمد (ophthalmia) پیدا ہو گیا تھا، اور صرف چند ہفتہ بعد جبکہ وہ اپنے زیریں پپوٹوں کو انگلی سے دبا رہا تھا تو "گرم پیپ کے ایک آرام دہ گہوارہ پر سے گندم کا ایک دانہ دفعتہً باہر نکل آیا جس سے ایک مضبوط سبز کلا بھی پھوٹ آیا تھا"۔ مزید برآں پس محجری شحم میں امحجر کی اندرونی دیوار کے کسور کے بعد جن سے انفی حفرہ جات اور اجواف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ایک وسیع نفاخ (emphysema) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ داخل شدہ ہوا سے بعض اوقات گلوبہ بروز کر آتا ہے، اور بعض اوقات اسکی حرکتیں محدود ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ پپوٹوں تک بھی پھیل جاتی ہے۔ ناک صاف کرنے پر یہ ہر حالت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔

علاوہ ازیں محجری شحم بڑھتے ہوئے سلعات کے لئے ایک عمدہ گہوارہ ہے۔ سلعہ مندرجہ ذیل مقامات میں سے پھیل کر محجر پر بآسانی حملہ آور ہو سکتا ہے۔ (۱) کھوپڑی کے قاعدہ سے، (۲) انفی حفرہ جات سے، (۳) نکی مغارہ سے، یا (۴) صدغی یا زیر صدغی (وجنی) حفرہ جات سے۔ ان مثالوں میں سے کسی ایک میں بھی بالیدہ ہڈی کی ان پتلی تہوں کو جو درمیان میں حائل ہوتی ہیں، تباہ کر کے محجر میں داخل ہو سکتی ہے۔ اور نکی مغارہ کے سلعات کے محجر میں داخل ہونیکا عام طریقہ

بھی ہے۔ علاوہ ازیں سلعہ حجمی کہفہ میں سے سوراخ بصری (optic foramen) یا فوقانی بصری (superior orbital) (وتدی: sphenoidal) شقاق میں سے گذر کر' اور ناک میں سے انفی دمعی قنات (naso-lacrimal duct) میں سے گذر کر' اور مذکورہ بالا دونوں حفرہ جات میں سے تحتانی بصری (inferior orbital) (وتدی فکی: spheno-maxillary) شقاق میں سے گذر کر محجر میں زیادہ آسانی سے پہنچ سکتا ہے۔ مزید برآں سلعات کی ابتدا عاجی نبج العظم (ivory exostosis) کی شکل میں محجر میں سے بھی ہو سکتی ہے۔ محجر کی ہڈیاں کاسۂ سر (calvarium) اور خارجی سمعی منفذ (صماخ) کی ہڈیوں کے ساتھ اس قسم کے عظمی سلعات کی تکوین کی طرف ایک خاص میلان رکھنے میں شریک ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد اس سلعہ سے محجری کہفہ بالکل پُر ہو جاتا ہے۔

62 بصلی ردا (fascia bulbi) (ٹینن :Tenon کا کیسہ)۔ اس ساخت کو بہترین طور پر لاک وڈ (Lockwood) نے بیان کیا ہے جس کی تحقیقات میں سے پروفیسر کننگھم (Prof. Cunningham) نے مندرجہ ذیل خلاصہ پیش کیا ہے:۔

"یہ کیسہ ایک محکم اور ڈھیلی ڈھالی غشا ہے جو گلوب کے موخر ۵/۶ حصہ پر پھیلی ہوتی ہے۔ اور اس سے صرف قرنیہ ہی آزاد ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف یہ چشمی ملتحمہ کے نیچے واقع ہوتا ہے جس سے یہ مضبوطی سے پیوستہ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے نزدیک یہ اسی سے مل کر ختم ہو جاتا ہے (شکل ۱۷)۔ پیچھے کی طرف جہاں عصب بصری صلبیہ میں سے گذرتا ہے' وہاں کیسہ اسکے غلاف سے متحد ہو جاتا ہے۔ اس غشا کی وہ سطح جو گلوب کی طرف ہوتی ہے وہ صاف ہوتی ہے' اور وہ مقلہ کے ساتھ تھوڑی سی نرم اور ڈھیلی فضائی بافت کے ذریعہ سے چپکی ہوتی ہے۔ لہٰذا اس سے گلوب کے لئے ایک قسم کا گنبد یا ایک طرح کا وقب (socket) یا درحبک بنجاتی ہے جس میں یہ حرکت کرتا ہے۔ کیسہ کی موخر سطح محجری شحم سے مس کرتی ہے۔ چشمی عضلات کے اوتار اس کیسہ کو گلوب کے خط استوا کے مقابل منثقب کرتے ہیں (شکل ۱۷)۔ اور ان فتحات کے لب جن میں سے چاروں عضلات مستقیم گزرتے ہیں پیچھے کی طرف کو عضلات پر غلافوں کی شکل میں بہت کچھ اسی طرح بڑھ جاتے ہیں جس طرح کہ داخلی منوی رداد اخلی شکمی حلقہ سے حبل منوی پر بڑھ آتی ہے۔ 63

جہاں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات کیسہ کو منثقب کرتے ہیں وہاں کیسہ کی مضبوط اطالتیں محجر کی اندرونی اور بیرونی دیوار تک پھیل جاتی ہیں۔ چونکہ یہ اطالتیں دونوں مستقیم

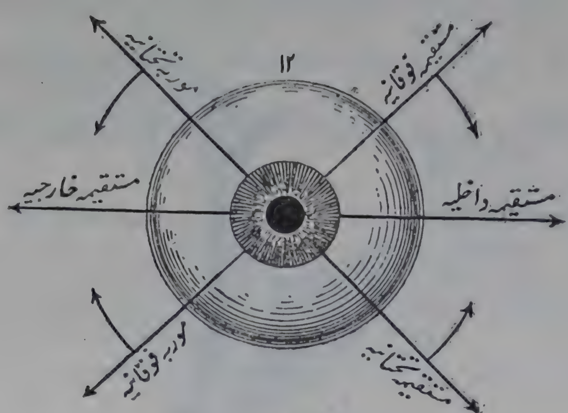
عضلات کے فعل کو محدود کر دیتی ہیں، اسلئے انکو رباطات ضابط (check ligaments) کے نام موسوم کیا گیا ہے (شکل ۱۷)۔ یہ قرنیہ کی ایک جانب سے دوسری جانب کی حرکت کو ۴۵ درجہ تک ہونے دیتے ہیں۔ خارجی رباطِ ضابط زیادہ مضبوط ہوتا ہے اور وہ خارجی دیوار سے خارجی جفنی سیون (external palpebral raphi) (جفنی رباط: tarsal ligament) کے عین پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اندرونی رباط کی چسپیدگی دمعی تاچہ کے پیچھے کیطرف اس کے



شکل ۱۷، ٹینن (Tenon) کے کیسہ (بصلی ردا: fascia bulbi) اور رباطات ضابط کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔
مُقلہ باہر کیطرف پھرا ہوا ہے اور اسی لئے خارجی رباط ضابط تنیدہ ہے اور داخلی ڈھیلا ہے۔

قریب ہی واقع ہوتی ہے۔ کیسہ کی ایک طالت فوقانی مورب عضلہ (superior oblique) کے گرد ہو کر بکرہ (trochlea) تک چلی جاتی ہے۔ مقلہ کا **تعلیقی رباط** (suspensory ligament) محجر کی ایک طرف سے دوسری طرف تک جھولن کھٹولے کیطرح تنا ہوتا ہے، اور مقلہ کو سہارے رکھتا ہے۔ یہ حقیقتہً بصلی ردا (fascia bulbi) کا زیریں حصہ ہی ہوتا ہے جسمیں دبازت پائی جاتی ہے، اور یہ محجری دیواروں سے داخلی اور خارجی رباطات ضابط سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کا جبڑا دور کرتے وقت جراح کو چاہئے کہ وہ تعلیقی رباط کی چسپیدگیوں کو محفوظ رکھنے

کے لئے احتیاط سے کام لے ۔ اگر یہ چسپیدگیاں تباہ ہو جائیں گی تو مقلہ نیچے کی طرف کو گر جائیگا ۔
حَوَل (squint) کے لئے عملیہ جات سر انجام دیتے وقت لِصبلی ردا (fascia bulbi) کے اس قریبی تعلق کو جو اسکو مُقلہ، ملتحمہ محجری عضلات اور دیوار ہائے محجر سے ہوتا ہے یاد رکھنا چاہیئے۔



شکل ١٨ محجری عضلات کے فعل کو ظاہر کرتی ہے (دائیں آنکھ)۔ سیدھے تیر اس سمت کو ظاہر کرتے ہیں جسمیں قرنیہ حرکت کرتا ہے یعنی جس طرف آنکھ دیکھتی ہے۔ منحنی تیر اس گردش کے رخ کو ظاہر کرتے ہیں جو پیش پسی محور پر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فوقانی موربہ عضلہ آنکھ کو نیچے اور باہر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور اسے اندر کی طرف کو گھماتا ہے۔ حرکت کا نقطۂ ابتدا ١٢ بجے کا مقام ہے۔

(ڈاکٹر ای۔ ولف E. Wolff: کی عنائت سے۔)

شکل ١٧ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب عضلۂ مستقیم کا وتر ٹینن (Tenon) کے کیسہ میں کاٹ دیا جاتا ہے تو اسکے غلاف اور کیسہ میں تسلسل باقی رہنے کی وجہ سے اسکی چسپیدگی مُقلہ اور ملتحمہ سے اور نیز رباطات ضابطہ کے ذریعہ سے دیوار ہائے محجر سے برقرار رہتی ہے ۔ لہٰذا جب کسی عضلہ کا وتر مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے تو یہ مُقلہ پر اپنا فعل کر سکتا ہے ۔ اور اسکی مکمل باز کشیدگی رباطات ضابطہ سے رک جاتی ہے۔

64 **مجحری عضلات** (orbital muscles) چاروں مستقیم عضلات باریک اور چپٹے غشائی اوتار پر ختم ہوتے ہیں۔ حَوَل العین (strabismus) کے علاج کے لیئے خارجی یا داخلی مستقیم عضلہ کا وتر اکثر کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان اوتار کا عرض ۷ ملی میٹر سے لیکر ۹ ملی میٹر تک ہوتا ہے، اور یہ قرنیہ کے نزدیک صلبیہ پر منتہی ہوتے ہیں۔ داخلی مستقیم عضلہ قرنیہ کے حاشیہ سے ۵ و ۶ ملی میٹر اور خارجی مستقیم عضلہ ۸ و ۶ ملی میٹر اور تحتانی ۲ و ۷ ملی میٹر اور فوقانی ۸ ملی میٹر کے فاصلہ پر منتہی ہوتا ہے۔

داخلی اور خارجی مستقیم عضلات مقلہ کو خالصتہً اندر اور باہر کیطرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں، اور انکے مقابلہ میں فوقانی اور تحتانی مستقیم عضلات اپنے خطوطِ کشش کی وجہ سے مقلہ کو اندر کیطرف اور اوپر کیطرف اور نیچے کیطرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں۔ انکے اندر کیطرف کو گردش دینے کے رجحان کا مقابلہ دو عضلات موربہ (oblique muscles) کرتے ہیں جو مقلہ کو باہر کیطرف اور نیز اوپر کی اور نیچے کیطرف کو گھمانے کا کام دیتے ہیں۔

65 شکل ۱۸ سے مجحری عضلات کے افعال کی وضاحت میں مدد ملے گی۔ مزدوج افقی حرکات جو دائیں اور بائیں جانب کو ہوتے ہیں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات سے عمل میں آتے ہیں۔ جب قرنیہ اوپر کیطرف کو اٹھتا ہے تو اسوقت تحتانی موربہ اور فوقانی مستقیم عضلہ فعل کرتے ہیں۔ انمیں سے پہلا عضلہ قرنیہ کو صدغی سمت میں حرکت دینے کی اور دوسرا انفی سمت میں حرکت دینے کی کوشش کرتا ہے۔ قرنیہ کو نیچے کیطرف لانے میں دو عضلات کام کرتے ہیں، عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) اور عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique)۔ انمیں سے پہلا حرکات کو انفی سمت میں منصرف کرتا ہے اور دوسرا عارضی سمت میں۔ یہ شکل دائیں اور بائیں طرفوں کے ان عضلات کو بھی ظاہر کرتی ہے، جو مزدوج حرکات میں ہم آہنگ ہوتے ہیں، چنانچہ آنکھوں کو نیچے کی اور دائیں طرف کو پھیرنے میں دائیں طرف کا موربہ فوقانیہ (superior oblique) بائیں طرف کے عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) کے ساتھ فعل کرتا ہے۔ اگر انمیں سے ایک عضلہ مشلول ہوجائے تو یہ حرکت سرانجام دینے پر دو نظری یعنی ازدواج البصر (diplopia) پیدا ہوجاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ ان تمام حرکتوں کے دوران میں وہ عضلہ جس سے مُثبت فعل صادر ہوتا ہے اپنے عضلہ مضاد سے جو منفی فعل سرانجام دیتا ہے

منضبط رہتا ہے۔ اگر عضلہ مضاد مشلول ہو جائے تو فعال عضلہ مقلہ کو اس حد تک کھینچ لیتا ہے کہ رباط ضابط اسکی حرکت کو مانع آتا ہے۔ دوران حیات میں تمام مجری عضلات ایک تنش کی حالت میں ہوتے ہیں اور مقلہ پر ایک خاص دباؤ بھی ڈالتے ہیں۔

مجری عروق خون (orbital blood vessels)-دورانِ مرض میں ان عروق میں مداخلت ہونے سے ایسے امارات پیدا ہو سکتے ہیں جو تشخیصی نقطہ نگاہ سے اہم ہوتے ہیں۔ مجری شریانیں چھوٹی چھوٹی ہوتی ہیں اور گلوب کا استیصال کرتے وقت انکو کاٹنے سے شاذونادر ہی کوئی تکلیف پیدا ہوتی ہے کیونکہ مجر کی دیواروں پر انکو بآسانی مضغوط کیا جا سکتا ہے۔ اس حصہ کے نابض سلعات یا تو کسی مجری شریان کے ضربی انورسمات کیوجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یا یہ کسی ایسے شریانی وریدی انورسما پر منحصر ہوتے ہیں جو داخلی سباتی (internal carotid) شریان اور کہفکی جوف (cavernous sinus) کے درمیان بنگیا ہو۔ مزید برآں داخلی سباتی (internal carotid) عرق کے کسی انورسما کا دباؤ عینی ورید (ophthalmic vein)
پر اس مقام پر پڑنے سے جہاں یہ جوف میں داخل ہوتی ہے ویسے ہی سب علامات پیدا ہو سکتے 66
ہیں جو نابض مجری سلعات میں پائے جاتے ہیں۔ کہفکی جوف (cavernous sinus) کی علقیت عینی وریدوں (ophthalmic veins) میں اتساع اور جحوظ (proptosis) پیدا کر دیتی ہے۔

مجری اعصاب (orbital nerves) کو مجر میں زخم آنے یا مجر اور نیز کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی حالت میں نقصان پہنچ جاتا ہے اور مختلف حصوں کے سلعات، انورسمات، نزفی اور التہابی انصبابات بھی بعض اوقات انپر دباؤ ڈال دیتے ہیں۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جسمیں اوپر کے پپوٹے پر سے ایک ہُول لگنے سے عصب بصری (optic nerve) گلوب کے مجروح ہونے اور کسی ہڈی میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی کٹ گیا تھا۔ نیز یہی عصب مجر کے کسور میں بھی عرضاً مکمل طور پر دریدہ ہو چکا ہے، اور جو کسور عظم وتدی کے جناح صغیر پر اثر انداز ہوتے ہیں انمیں اسپر دباؤ بھی پڑ چکا ہے۔ سی۔ سی چوائس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جسمیں کھوپری کے قاعدہ میں کسر واقع ہونے کی صرف یہی ایک علامت تھی کہ حدقہ میں مثبت اتساع پایا جاتا تھا۔ امتحان کرنے سے ثابت ہوا کہ

مریض اب ایک آنکھ سے اندھا تھا۔ اور اس امر کا اسے علم نہیں تھا! اور اس کے بعد بصری فی بول (optic atrophy) شروع ہو گیا۔ جس مقام پر تیسرے، چوتھے، اور چھٹے عصب اور پانچویں عصب کی پہلی قسمت کا علاقہ کہفکی جوف (cavernous sinus) سے ہوتا ہے وہاں پر یہ سب اعصاب ایسے انورسما سے جو داخلی سباتی (internal carotid) شریان کے سلسلہ میں ہو، ماؤف ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کسی ایسی بالید سے بھی جو تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے سلسلہ میں ہو (مثلاً شقاق مذکور کے حاشیہ سے پیدا شدہ گرد عظمی کیسا) دب جاتے ہیں۔ اور چھٹا عصب کھوپری کے قاعدہ سے بہت قریبی تعلق رکھنے کی وجہ سے اس کے کسر میں بلا واسطہ طور پر عرضاً پھٹ چکا ہے (پریسکاٹ ہیوٹ: Prescott Hewett) -

تیسرے عصب کے شلل میں اوپر کا پپوٹا گر پڑتا ہے۔ (سقوط الجفن: ptosis)۔ آنکھ تقریباً ساکن ہوتی ہے، اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (external rectus) کے غیر متخالف فعل کی وجہ سے اسمیں منفرج حول پایا جاتا ہے۔ اور نہ یہ اندر اور اوپر کی طرف ہلائی جا سکتی ہے اور نہ براہ راست نیچے کی طرف۔ مگر عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (outer rectus) سے نیچے اور باہر کے رخ میں گردش کی جا سکتی ہے۔ حدقہ متسع اور مثبت ہوتا ہے، اور قوت توفیق میں بہت نقص آ جاتا ہے۔ ازدواج البصر (diplopia) موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلات مستقیم کے ڈھیلے ہو جانے سے گلوب کا کسیقدر بروز بھی پایا جاتا ہے۔ یہ علامات عصب مذکور کے مکمل شلل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جزوی شلل کی حالت میں مذکورہ بالا علامات میں سے صرف ایک دو علامات ہی موجود ہوتے ہیں۔ 67

چوتھے عصب کے شلل میں اکثر کوئی تغیر دکھائی نہیں دیتا۔ کیونکہ عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) (جسکو اس عصب سے رسد پہنچتی ہے) کے فعل کی سرانجام دہی کسی حد تک بدیلی طور پر بھی عمل میں آ جاتی ہے۔ "آنکھ کی حرکت پذیری میں عام طور پر بہت خفیف سا نقص واقع ہوتا ہے، اور یہ جتنا بھی موجود ہوتا ہے زیادہ تر زیرین نظر کے اندرونی اور زیرین زاویہ میں ہوتا ہے۔ معروض کو نیچا کرنے سے آنکھ اندر اور اوپر کی طرف کو منحرف ہو جاتی ہے، اور جب معروض کو تندرست جانب کی طرف دور تک لے جائیں تو یہ صرف اوپر کی طرف کو ہی منحرف ہوتی ہے"

(ازب: Erb)۔ بہرحال گلوب کی بعض وضعوں میں ازدواج البصر خاص طور پر نمودار ہوگا۔

چھٹے عصب کے شلل میں مستدق حَول العین موجود ہوتا ہے اور اسلئے ازدواج البصر (diplopia) بھی پایا جاتا ہے اور نیز آنکھ کو براہ راست باہر کیطرف گردش بھی نہیں دیجاسکتی۔ چھٹے عصب کے شلل کے ساتھ بعض اوقات طرف مقابل کے داخلی عضلہ مستقیمہ کے عصب کا شلل بھی موجود ہوتا ہے اور اس سے آنکھوں کا مزدوج انحراف (conjugate deviation) پیدا ہوجاتا ہے۔ ایسی حالت چھٹے عصب کے نوات کے ضرر پر دلالت کرتی ہے کیونکہ داخلی عضلہ مستقیمہ کے لئے جو عصبی ریشے نکلتے ہیں وہ اگرچہ تیسرے عصب کے ہمراہ باہر آتے ہیں مگر انکی ابتدا چھٹے عصب کی ابتدا کے ساتھ ہی ہوتی ہے۔

بعض اوقات آنکھ کے **تمام محرک العین** (oculo-motor) **اعصاب** مشلول ہوجاتے ہیں اور ایسی حالتوں میں ضرر غالباً انکے مبدا کے نواتات میں یا کہفکی جوف (cavernous sinus) میں جسکی دیواروں میں یہ اعصاب قریب قریب پڑے ہوتے ہیں واقع ہوتا ہے۔

پانچویں عصب کی قسمت اول کے شلل میں تمام ملتحمہ کی حس سوائے اس حصہ کے جس سے نیچے کا پپوٹا ڈھکا ہوتا ہے (جسکو تحتانی محجری عصب کی جفنی شاخ سے رسد پہنچتی ہے) اور گلوب کی اور اس جلد کی حس جس کو فوق بکری (supratrochlear) یا فوق محجری (supraorbital) عصب سے رسد پہنچتی ہے اور نیز مخاطی اور جلدی سطحوں کی حس جنکو انفی (nasal) (انفی ہدبی naso-ciliary) عصب رسد پہنچاتا ہے مفقود ہوجاتی ہے۔ عدم حسیت کا رقبہ عصب کے نشر کی تفرع سے بہت کم ہوتا ہے، کیونکہ کچھ حصہ پر 68 جلدی اعصاب کا تراکب بھی موجود ہوتا ہے۔ ملتحمہ کو خراش پہنچانے پر کوئی معکوس حرکت (مثلاً آنکھ جھپکنے کی) واقع نہیں ہوتی۔ مگر آنکھ پر نیز روشنی ڈالنے سے مریض آنکھ جھپک لیتا ہے کیونکہ اس حالت میں عصب بصری اس اثر کو عصب وجہی کے نوات تک منتقل کردیتا ہے۔ ناک کے مقدم حصہ کی غشائے مخاطی کو خراش پہنچانے سے چھینک بھی نہیں لائی جاسکتی۔ اس شلل کے بعد

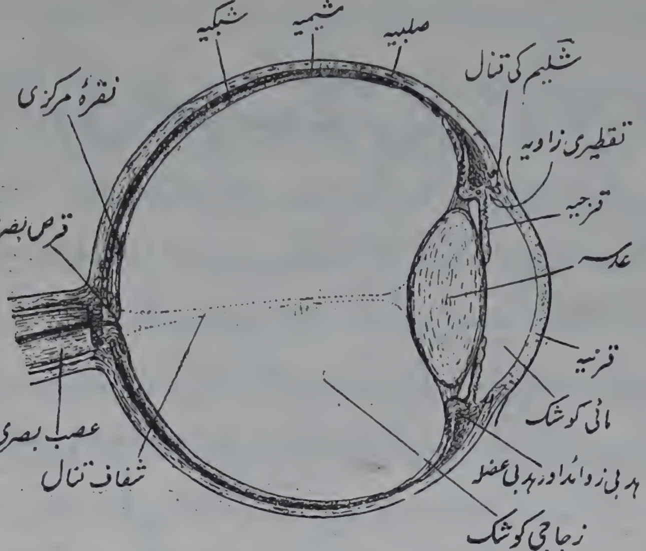
بعض اوقات قرنیہ میں ایک تباہ کن تنفرح رونما ہوجاتا ہے، جو کسی حد تک عصب مشلول کی ان پرورشی شاخوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اس میں موجود ہوتی ہیں! ور کسی حد تک عدم حسیت کے واقع ہوجانے سے بھی پیدا ہوتا ہے جس سے حصص کو آسانی ضرر پہنچ سکتا ہے، اور نیز یہ کسی حد تک حسی اعصاب کے اس معکوس اثر کے غائب ہوجانے سے بھی ظاہر ہوتا ہے جو یہ عروق خون کے قطریہ پر رکھتے ہیں، اور جس سے التہاب بے روک بڑھتا چلا جاتا ہے (نٹل شپ: Nettleship)۔

عنقی مشارکی اعصاب کے شلل میں جفنی شقاق (palpebral fissure)

اوپر کے پپوٹے کے کسی حد تک گر جانے سے تنگ ہوجاتا ہے، اور گلوب محجر میں واضع طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے، اور نیز قزحیہ کے موتسع عضلہ کے شلل سے جس کو مشارکی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے حدقہ کسی قدر تنگ ہوجاتا ہے۔ اوپر کے پپوٹے کے گرنے کی توجیہ اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ ہر ایک پپوٹے میں غیر مخطط عضلی ریشہ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے۔ اوپر کے پپوٹے کی یہ تہ رافع الجفن (levator palpebræ) کی اندر کی سطح سے پیدا ہوتی ہے، اور جفنی غضروف سے اس کے بالائی حاشیہ کے قریب پیوستہ ہوتی ہے (شکل ۲۱ صفحہ 86)۔ عضلہ کی یہ تہ جو اپنے فعل کے دوران میں پپوٹے کو اوپر اٹھائے رکھتی ہے، عنقی مشارکی کے زیر اثر ہوتی ہے۔ گلوب کے پیچھے کی طرف ہٹنے کے متعلق بعض کا یہ خیال ہے کہ اس کا باعث عضلہ محجریہ (orbitalis muscle) کا شلل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ جو تحتانی محجری شقاق (inferior orbital fissure) کے اوپر پل کی طرح واقع ہوتا ہے، غیر مخطط ریشہ جات سے مرکب ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد مشارکی سے آتی ہے۔ اس عضلہ کے انقباض سے (جیسا کہ یہ حیوانات میں عنقی مشارکی کے ہیجان سے پیدا کیا جاتا ہے) گلوب کا بروز واقع ہوجاتا ہے! ور گردن میں مشارکی کو کاٹ دینے سے مقلہ باز کشیدہ ہوجاتا ہے (کلاڈ برنرڈ: Claude Bernard)۔ گلوب کے عروق خون کے قطریہ میں کوئی تغیر دیکھنے میں نہیں آتا۔ غیر مخطط عضلہ درون محجری دباؤ کو برقرار رکھتا ہے، اور اس لئے عینی وریدوں میں سے خون کو واپس جانے میں مدد دیتا ہے۔ 69
حیوانات مثلاً بیل میں جن میں مجہ کی وریدیں سر نیچے رکھنے میں جیسا کہ چرنے میں رہتا ہے متسع ہوجاتی ہیں، یہ عضلی نظام بہت نمو یافتہ ہوتا ہے۔

مُقلہ (EYEBALL) (شکل ۱۹)

قرنیہ (cornea) قرنیہ کی دبازت ۹ء۰ ملی میٹر (جو مرکز پر ہوتی ہے) سے لیکر ۱ء۱ ملی میٹر تک (جو محیط پر ہوتی ہے) ہوتی ہے۔ اسکی دبازت کے متعلق ذرا سا دھوکہ ہونے کا



شکل ۱۹ مقلہ کی افقی تراش جو عدسہ کے تعلیقی رباط، مائی اور زجاجی کوشکوں، عصب بصری کے مقام دخول اور نقرہ مرکزی کو ظاہر کرتی ہے۔
(شیفر Schäffer : کے مطابق)۔

70 احتمال ہوتا ہے اور قرنیہ میں چاقو داخل کرتے وقت اسے مناسب زاویہ پر نہ رکھا جائے تو یہ بعض اوقات تھوڑے فاصلے تک اسکے ورقوں میں چلا جاتا ہے۔

قرنیہ کی ترکیب۔ سامنے کی طرف یہ مطبق سر حلمہ سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اور اس تہ کے دور ہو جانے اور دوران اندمال میں اسکے اپنی جگہ پر پھر قائم ہو جانے سے بعض اوقات ایک بدنما ندبہ پیدا ہو جاتا ہے جو بصارت میں بھی خلل انداز ہوتا ہے۔ جب کوکین (cocaine) کے زیر اثر کوئی جسم غریب نکالا جائے تو غیر حساس سطح کو ایسے ضرر کے اثر سے بچانے کے لئے جو

گرد پڑنے یا ملنے سے پیدا ہو جاتا ہے ضروری تدابیر اختیار کرنا چاہئیں۔ کیونکہ اس قسم کی احتیاط کے عمل میں نہ لانے سے وسیع قرنیتی خراشیدگیاں پیدا ہو چکی ہیں، جن سے بعد میں بیاضی (leucomatous) قطعات بن گئے ہیں۔ مزید برآں جب یہ تہ خراشیدگی سے علیحدہ ہو جاتی ہے تو ایسی صورت میں جبکہ سیسہ کے لوشنوں کا استعمال جاری ہو معرا قرنیتی بافت پر سیسہ کے املاح فراہم ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ کا بیشتر حصہ کثیر التعداد لیفی ورقچوں سے مرکب ہوتا ہے اور ان ورقچوں کے درمیان متفمم "خلوی فضائیں" ہوتی ہیں جنہیں قرنیتی جسیمہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اگر کسی تیلی سی پچکاری کا سرا قرنیتی بافت میں داخل کر دیا جائے تو لمفی فضاؤں کے جال کو اشراب سے پُر کیا جا سکتا ہے۔ جب قرنیہ کی اصلی بافت میں تقیح واقع ہو جاتا ہے تو پیپ غالباً انہی قنالوں کے ذریعہ پھیلتی ہے جو التہاب کی وجہ سے متغیر حالت میں ہوتی ہیں، اور اسطرح ظُفر (onyx) پیدا ہو جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوائے اسکے محیط کے جہاں صلبیہ اور ملتحمہ کے عروق شعریہ چنبروں کی شکل میں ختم ہو جاتے ہیں عروق خون کا شائبہ تک بھی موجود نہیں ہوتا۔ مگر خون کی بلا واسطہ رسد کی عدم موجودگی کے باوجود قرنیہ کے زخم بخوبی مندمل ہو جاتے ہیں۔ حالت التہاب میں قرنیہ کی بافت ہمیشہ غیر شفاف ہو جاتی ہے۔ **رخنکی التہاب قرنیہ** (interstitial keratitis) میں عروق خون قرنیہ کے حاشیہ سے اسکے جسم میں کچھ فاصلہ تک گذر جاتے ہیں۔ چونکہ یہ عروق سطح سے کچھ نیچے واقع ہوتے ہیں، اور دھندلی قرنیتی بافت سے جو مرض کا نتیجہ ہوتی ہے ڈھکے ہوتے ہیں، اسلئے انکا قرمزی رنگ ایک بڑی حد تک ماند پڑ جاتا ہے، اور اس قسم کے عروق کا ڈورا سامنی قطعہ (Salmon patch) کہلاتا ہے۔ سَبَل (pannus) میں قرنیہ میں عروق خون پائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں مسلسل خراش کی وجہ سے جو عروق گرد و نواح کی ملتحمی شریانوں سے پیدا ہو جاتے ہیں وہ قرنیہ کو اسکی سرحلمی پوشش کے نیچے سے گذر کر عبور کرتے ہیں۔ اور اصلی قرنیہ 71
اس حالت میں بھی ویسا ہی بے خون رہ جاتا ہے جیسا کہ پہلے تھا۔ **قوس پیری** (arcus senilis) کی اصطلاح کا اطلاق ان دو کم چوڑے سفید ہلالوں پر ہوتا ہے جو بوڑھے اشخاص میں اور مرضی حالتوں میں قرنیہ کے محیط کے ذرا اندر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیتی بافت کے شحمی انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں،

اور یہ تغیر قرنیہ کی ان تہوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جو مقدم لچکدار ورقہ کے عین نیچے ہوتی ہیں، یعنی اس حصہ میں جو حاشیئی عروق خون کے سب سے زیادہ زیر اثر ہوتا ہے۔

قرنیہ میں **اعصاب** کی رسد بافراط پائی جاتی ہے! ور انکی تعداد تخمیناً چالیس اور پچاس کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ اعصاب ہُدبی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلتے ہیں، اور صلبیہ کے اگلے حصہ میں سے گذر کر قرنیہ میں داخل ہو جاتے ہیں، اور منقسم ہو کر اس طبقہ کے ہر ایک حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ اعصاب لمس، حرارت، اور سردی کے لئے حساس نہیں ہوتے بلکہ صرف درد انگیز ہیجانات کے لئے ہی حساس ہوتے ہیں۔ سبز موتیا (glaucoma) میں جو ایک ایسا مرض ہے جسکے مظاہر کا انحصار بیش افزودہ درون چشمی دباؤ پر ہوتا ہے، قرنیہ عدیم الحس ہو جاتا ہے، اور اسکی عدم حسیت کا انحصار اس دباؤ پر ہوتا ہے جو ہدبی اعصاب (ciliary nerves) پر انکی شاخوں کے قرنیہ تک پہنچنے سے پہلے ہی پڑتا ہے (نیز دیکھو مقلہ کی عصبی رسد صفحہ 76)۔

صلبیہ (sclera) مشیمیہ (choroid) اور قزحیہ (iris)۔

صلبیہ (sclera or sclerotic) پیچھے کیطرف زیادہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ اور قرنیہ سے تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر باریک ترین ہوتا ہے۔ گلوب کے ضرب سے منشق ہونے کی حالت میں صلبیہ ہی نہایت کثرت سے پھٹتا ہے اور چاک بالعموم قرنیہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یعنی یہ اس طبقہ کے باریک ترین حصہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ صلبیہ پھٹ جاتا ہے، اور غیر تیندہ ملتحمہ میں انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں کبھی کبھی عدسہ صلبیہ کے چاک میں سے نکل آتا ہے، اور ملتحمہ کے نیچے موجود پایا جاتا ہے۔ بصری عصب (optic nerve) کے داخل ہونے کے مقام پر صلبیہ پتلا ہوتا ہے، اور عصبی بنڈلوں کے گذرنے کے لئے اسمیں کثیر التعداد سوراخ ہوتے ہیں۔ یہ کمزور حصہ (ورقہ غربالیہ: lamina cribrosa) سبز موتیا (glaucoma) میں ایک اہم فعل سرانجام دیتا ہے (صفحہ 83)، اور بصری حلیمہ (optic papilla) کے نقطہ دار دکھائی دینے کا باعث یہی ہوتا ہے۔ بَریلی (Braily) یہ بیان کرتا ہے کہ صلبیہ کے جانبی حصے 72
اوپر اور نیچے کے حصوں کی نسبت پتلے ہوتے ہیں۔ تحتانی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے، اور بیرونی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے، اور اسکی یہی وجہ ہے کہ درون چشمی دباؤ کے اثر سے آنکھ انتصابی رخ کی نسبت جانبین پر زیادہ پھیلتی ہے۔ جن عوارض چشم میں درون چشمی تناؤ

بڑھا ہوتا ہے (سبز موتیا وغیرہ) انمیں شدید درد کے (جو اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے) محسوس ہونے کی ایک بڑی وجہ لازمی طور پر صلبیہ کی سختی اور اسکا کڑا پن اور کثافت ہی ہوتی ہے۔

مشیمیہ (choroid) گلوب کا عرقی طبقہ ہے۔ اور اسکے بڑے بڑے عروق خون کا حامل یہی ہے۔ مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان دو باریک غشائیں، **فوق مشیمیتی ورقہ** (lamina suprachoroidea) اور **ورقۂ اسمر** (lamina fusca) ہوتی ہیں۔ یہ ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت کی تہیں ہوتی ہیں جنکا استر درحلمہ سے بنا ہوتا ہے۔ شوالب (Schwalbe) کی فوق مشیمیتی لمفی فضا (suprachoroid lymphatic space) انہی کے درمیان ہوتی ہے۔ لہذا تضررات گلوب کی حالت میں ان دونوں طبقات کے درمیان نزف بکثرت واقع ہوسکتا ہے، اور ایسا نزف حقیقۃً چشمی تناؤ کی فوری تخفیف کا بھی جو قزحیہ برآری (iridectomy) یا موتیا بند نکالنے (cataract extraction) کے سے عملیہ جات سے عمل میں آجاتی ہے نتیجہ ہوسکتا ہے۔ مگر واقعہ یہ ہے کہ اس قسم کے نزف کے ظاہر ہونے کا زیادہ تر احتمال زجاجیہ (vitreous) میں ہی ہوتا ہے۔ آنکھ کے اگلے حصہ پر ضرب لگنے سے صرف مشیمیہ بھی (زیادہ تر موخر حصہ پر) منشق ہوچکا ہے۔ چونکہ مشیمیہ میں لون بکثرت موجود ہوتا ہے، اس لئے یہ جسم کے ان حصوں میں سے ایک ہے جنمیں ملانینی (melanotic) بالیدیں ابتدائی طور پر واقع ہوسکتی ہیں۔ مشیمیہ کی یہ بالیدیں غالباً لحم سلعی ہوتی ہیں، اور ان سے جگر میں انتقالی بالیدوں کے پیدا ہوجانے کا ایک خاص احتمال ہوتا ہے۔ مگر جلد میں پیدا شدہ ملانینی (melanotic) سلعات کیطرح یہ ثانوی طور پر لمفی غدد کو ماؤف نہیں کرتیں۔

قزحیہ (iris) بہت عروق دار ہوتا ہے۔ اور اسمیں التہاب واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (**التہاب قزحیہ**: iritis)۔ قرنیہ اور صلبیہ کے ساتھ اسکے تعلقات موجود
ہونے کی وجہ سے انکا التہاب اس تک بآسانی پھیل سکتا ہے۔ بخلاف اسکے قزحیہ اور مشیمیہ کے 78
عروق میں اسقدر قریبی تعلق موجود ہوتا ہے کہ جو التہابات قزحیہ میں نمودار ہونے ہیں انکو مشیمیتی طبقہ تک پھیلنے کے لئے ہر ایک ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ جب قزحیہ ملتہب ہوجاتا ہے تو اس کے مثلاً اور نیز اسکے جرم میں لمف اور مصل کا انصباب ظاہر ہوجانے کی وجہ سے اسکی رنگت بدلجاتی ہے۔ اور قرنیہ میں سے دیکھنے پر اسکی نازک اور مشتبک ساخت اسکے ورم اور انصباب کیوجہ سے دھندلی دکھائی دیتی ہے۔ مزید برآں اس چھوٹی سی غشا کے متورم ہوجانے سے حدقہ کے

حدود میں مداخلت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ منقبض دکھائی دیتا ہے۔ اور اس غشا کی حرکتیں لازمی طور پر بہت سست ہو جاتی ہیں! اگر یہ امر ملحوظ رکھا جائے کہ قزحیہ کی موخر سطح کا ایک حصہ عدسی کیسہ کو فی الحقیقت مس کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان دونوں ساختوں کے درمیان التہابی انضمامات بآسانی واقع ہو سکتے ہیں (شکل ۱۹)۔ لہذا التہاب قزحیہ (iritis) کے بعد قزحیہ کی موخر سطح تمام کی تمام، ایک یا ایک سے زاید مقامات پر لمف کے بندوں کے ذریعہ سے عدسی کیسہ سے بالعموم منضم پائی جاتی ہے (اکثر حدقی حاشیہ منضم پایا جاتا ہے)۔ ایسے انضمامات موخر التصاقات قزحیہ (posterior synechiæ) پر مشتمل ہوتے ہیں، اور مقدم التصاقات قزحیہ (anterior synechiæ) کی اصطلاح کا اطلاق قزحیہ اور قرنیہ کے باہمی انضمامات پر کیا جاتا ہے مزید برآں التہاب قزحیہ (iritis) میں بعض اوقات عدسہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے، اور ثانوی یا التہابی موتیابند (cataract) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

قزحیہ کی خلقی **عدم موجودگی** کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات اس میں ایک خلقی رخنہ موجود ہوتا ہے جو حدقہ سے لیکر نیچے کی اور کسیقدر اندر کیطرف کو جاتا ہے! اس حالت کا نام **شقاق القزحیہ** (coloboma iridis) ہے، اور یہ مشیمیئی درز (choroidal cleft) کے برقرار رہنے سے جو قدح بصری (optic cup) کے نمو کے دوران میں بنتا ہے پیدا ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں **حدقی غشا** (pupillary membrane) کے ریشے حدقہ کے سامنے تنے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ غشا جو بعض حیوانات میں پیدائش کے چند دن بعد تک بھی دکھائی دیتی ہے، نوع انسان میں پیدائش سے بہت عرصہ پہلے جذب ہو جاتی ہے۔

قزحیہ اپنی انتہا پر مضبوطی سے نہیں چپکا ہوتا (شکل ۲۰)۔ چنانچہ آنکھ کو ضرر پہنچنے کی حالت میں یہ بعض اوقات اپنی چسپیدگیوں سے ہی کم و بیش حد تک علیحدہ ہو جاتا ہے، اور دوسرے
طبقہ جات کو کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بعض اوقات قزحیہ دریدہ ہو کر مکمل طور پر علیحدہ ہو گیا ہے، اور 74
مضروب کے زخم میں سے باہر بھی نکل آیا ہے جس سے ہدبی زائدے معرا ہو گئے ہیں۔ قرنیہ میں نافذ (penetrating) زخم آنے کی صورت میں قزحیہ بآسانی مسقوط ہو جاتا ہے۔ یہ غشا اسقدر نازک اور نرم ہوتی ہے کہ قزحیہ برآری (iredectomy) کے دوران میں اسکا مطلوبہ قطعہ قرنیئی شگاف میں سے مزاحمت محسوس کئے بغیر ہی پکڑ کر باہر کھینچا جا سکتا ہے۔ مزید برآں اس غشا کو عدسہ کیساتھ مس کرنے سے بھی بہت سا سہارا ملتا ہے، کیونکہ جب کبھی عدسہ اپنی جگہ سے ٹل کر زجاجیہ میں چلا جاتا ہے

یا اسے عملیہ سے دور کر دیا جاتا ہے تو قزحیہ گلوب کو حرکت دینے پر لرزتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔
اگرچہ قزحیہ کثیر العروق ہوتا ہے مگر کاٹنے پر خون کا جریان اس سے شاذونادر ہی ہوتا ہے،
اور اسکی وجہ شائد ان عضلی ریشوں کا انقباض ہے جو اسمیں بافراط موجود ہوتے ہیں۔

مُقلہ کی رسد خون۔

۱۔ چھوٹی چھوٹی ہدبی (ciliary) شریانیں [عینی (ophthalmic) شریان سے نکلکر] عصب بصری کے نزدیک ہی صلبیہ میں داخل ہوتی ہیں اور مشیمیہ کے بیرونی طبقہ میں کچھ فاصلہ تک جاکر شعری ضفیرہ میں منقسم ہوجاتی ہیں جس سے اندرونی مشیمیتی طبقہ کا زیادہ تر حصہ بنا ہوتا ہے۔ سامنے کیطرف اس ضفیرہ سے ہدبی زوائد کو بعض شاخیں جاتی ہیں۔ ان عروق سے جو وریدیں پیدا ہوتی ہیں وہ خموں کی شکل میں مرتب ہوتی ہیں کیونکہ انکے اتصال سے چار یا پانچ بڑے بڑے تنے بنتے ہیں (گردابی وریدیں : venæ vorticosæ) جو صلبیہ میں سے قرنیہ اور عصب بصری کے درمیان کے وسطی نقطہ پر سے گذر جاتے ہیں۔ مشیمیہ میں یہ شریانوں سے باہر کیطرف واقع ہوتے ہیں۔

۲۔ دونوں طویل ہدبی شریانیں (long ciliary arteries)

[جو عینی شریان (ophthalmic artery) سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو عصب بصری (optic nerve) کے باہر کیطرف منثقب کرتی ہیں۔ انمیں سے ایک شریان ایک طرف ہوتی ہے اور دوسری دوسری طرف اور یہ آگے کیطرف کو بڑھتی جاتی ہیں حتیٰ کہ ہدبی خطہ تک پہنچ جاتی ہیں اور یہاں یہ شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہیں، جنکے تغمم سے قزحیہ کے محیط کے قریب ایک عرقی دائرہ (دائرہ کبیر: circulus major) بنجاتا ہے۔ اس دائرہ سے بعض شاخیں نکلکر ہدبی عضلہ میں چلی جاتی ہیں اور باقی ماندہ قزحیہ میں سے مستدق طور پر گذر کر حدقہ کیطرف کو چلی جاتی ہیں جن کے حاشیہ پر ایک دوسرا دائرہ (دائرۂ صغیر: circulus minor) بنجاتا ہے۔

۳۔ مقدم ہدبی شریانیں (anterior ciliary arteries)

75 [جو عینی (ophthalmic) شریان کی عضلی اور دمعی شاخوں سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو قرنیہ سے تقریباً ۲۔ ۳ ملی میٹر پیچھے منثقب کرتی ہیں (ثاقب شاخیں) اور دائرہ کبیر (circulus major)

سے آکر ملجاتی ہیں۔ ان سے ہدبی زوائد کو شاخیں جاتی ہیں جہاں کثیر التعداد نفمی جھنبر بنجاتے ہیں۔ یہ شریانیں زیر ملتحمی بافت میں واقع ہوتی ہیں۔ انکی بر صلیبینی (episcleral) یا غیر ثاقب شاخیں بہت چھوٹی چھوٹی اور کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور آنکھ کی طبعی حالت میں غیر مرئی ہوتی ہیں۔ مگر قزحیہ اور اسکے ہم پہلو حصوں کے التہاب میں یہ عروق قرنیہ کے حاشیہ کے اردگرد باریک عروق کے ایک تنگ گلابی منطقہ کی شکل میں ظاہر ہوجاتے ہیں۔ یہ عروق ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہوتے ہیں۔ اور بہت نزدیک نزدیک واقع ہوتے ہیں، اور ملتحمہ کے ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ یہ منطقہ منطقۂ امتلائے ہدبی (zone of ciliary congestion) یا گرد قرنیتی منطقہ (circumcorneal zone) کے نام سے موسوم ہے۔

۴۔ ملتحمہ کے عروق

دمعی (lacrymal) اور دونوں جفنی (palpebral) شریانوں سے نکلتے ہیں۔ یہ عروق التہاب کی حالتوں میں متذکرۃ الصدر عروق سے بآسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ انکی جسامت نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور یہ پیچیدہ ہوتے ہیں۔ نیز انئی رنگت اینٹ کی سی سرخ اور چمکیلی ہوتی ہے۔ اور ملتحمہ کے ساتھ ہی انکو بھی بآسانی حرکت دیجاسکتی ہے اور دبانے سے یہ بآسانی خون سے خالی بھی کئے جاسکتے ہیں۔ عروق کے ان دونوں گروہوں میں جو فرق ہے اس سے ایک فائدہ یہ ہے کہ ملتحمہ کا التہاب عمیق تر حصص کے التہاب سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ملتحمی عروق سے بھی قرنیہ کے حاشیہ کے بہت قریب منتظم عروق شعریہ کے جھنبروں کا ایک ضفیرہ بنجاتا ہے جو قرنیہ کے شدید سطحی التہاب میں ممتلی ہوجاتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے اردگرد بعض اوقات ایک منطقہ بنجاتا ہے جو ہدبی منطقہ (ciliary zone) سے مذکورہ بالا عمومی خواص سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

شبکیہ کی عرقی رسد

(vascular supply of retina) اسی کے لئے مخصوص ہے۔ اور یہ شریان مرکزی شبکیتی (arteria centralis retinæ) کے ذریعہ پہنچتی ہے جو صرف اس مقام کے علاوہ جہاں عصب بصری داخل ہوتا ہے اور کسی جگہ بھی شیمیتی عروق سے کوئی بلاواسطہ ربط نہیں رکھتی۔ شبکیہ کی بیرونی تہیں جو شیمیتی طبقہ سے علاقہ رکھتی ہیں عروق سے فی الحقیقت مبرا ہوتی ہیں۔ چنانچہ جب کبھی شبکیہ کی مرکزی شریان بند ہوجاتی ہے

تو کوری فوراً پیدا ہو جاتی ہے، اور وہ قلیل مجانب دوران خون جو عصب بصری کے داخل ہونیکے مقام کے اردگرد کے باریک باریک تفممات سے وجود میں آتا ہے بالکل ناکافی ہوتا ہے، اور شبکیہ جلد ہی متہیج ہو جاتا ہے۔ لہذا مرکزی شریان کے مستقل طور پر مسدود ہو جانے کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ شبکیہ کا عرقی نظام تقریباً معدوم ہو جاتا ہے۔ سدادیت کی بعض حالتوں میں شبکیتی شریان کی صرف ایک شاخ ہی مسدود ہوتی ہے، اور مریض کی بصارت سوائے اس حصہ کی بصارت کے جسے اس شاخ سے رسد پہنچتی ہے قائم رہتی ہے۔ نقرہ مرکزی (fovea centralis) کو جو تیزی بصارت کا مرکز ہے شبکیہ کی شریان مرکزی (arteria centralis retinæ) کی فوقانی اور تحتانی صدغی دونوں شاخوں سے باریک باریک شاخیں پہنچتی ہیں۔

مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) کے درمیان نزف واقع ہونے کی صورت میں خون کا مشیمیتی عروق سے آنا لازمی ہوتا ہے۔ اور جب نزف جو اکثر تفسرر کا نتیجہ ہوتا ہے زجاجیہ (vitrious) میں واقع ہوتا ہے تو خون یا تو شبکیتی عروق سے آتا ہے کیونکہ یہ اس غشا کی اندرونی تہوں میں واقع ہوتے ہیں، اور یا ہدبی خطے کے عروق سے آتا ہے۔

مقلہ کی عصبی رسد (nerve supply of the eyeball)

۱- ہدبی اعصاب (ciliary nerves) جو ہدبی (ciliary) (عدسی؛ lenticular) عقدہ اور انفی (nasal) (انفی ہدبی: naso-ciliary) عصب سے نکلتے ہیں صلبیہ کو عصب بصری کے قریب منثقب کرتے ہیں، اور صلبیہ اور مشیمیہ کے درمیان سے انکو رسد پہنچاتے ہوئے آگے کو نکل جاتے ہیں۔ اسکے بعد یہ ہدبی عضلہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اور قزحیہ کے محیط کے قریب ان سے ایک ضفیرہ بنجاتا ہے جس سے قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں۔ ان شاخوں سے ایک نازک ضفیرہ طیار ہوتا ہے۔ جو حدقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ یہ اعصاب صلبیہ کے مقدم حصہ میں سے قرنیہ کو شاخیں بھیجتے ہیں۔ اسطرح ان اعصاب کے ذریعہ سے مقلہ کو حسی ریشے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی یا انفی ہدبی شاخ سے، اور ہدبی عضلہ اور عاصرۂ قزحیہ (sphinctor iridis) کو حسر کی ریشے تیسرے عصب سے پہنچ جاتے ہیں، اور نیز بہت سے مشار کی ریشے بھی حاصل ہو جاتے ہیں جن میں وہ ریشے بھی موجود ہوتے ہیں جو قزحیہ کے موتسع عضلہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔

جس مقام پر یہ ہدبی اعصاب مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے آگے کیطرف کو گذرتے ہیں

٦٦ دہاں بڑھے ہوئے درون چشمی دباؤ کی حالت میں صلبیہ کے سخت اور کڑا ہونے کی وجہ سے اس پر مضر دباؤ
بآسانی پڑسکتا ہے۔

۲۔ ملتحمہ کی عصبی رسد (nerve supply of the conjunctiva)

چار ذرائع سے پہنچتی ہے۔ فوق بکری (supratrochlear) اوپر کی طرف۔ تحت بکری (infratrochlear) اندر کیطرف۔ اور دمعی (lacrimal) باہر کیطرف۔ یہ تمام کے تمام اعصاب پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی شاخیں ہیں۔ نیچے کیطرف پانچویں عصب کی دوسری قسمت کی جفنی شاخیں موجود ہوتی ہیں۔

گلوب کی اپنی حس (sensation of the globe itself) بتمامہ

پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔ اسکے التہابی عوارض مثلاً التہاب قرنیہ (corneitis) یا التہاب قزحیہ (irits) میں اس درد کے علاوہ جو حقیقتہً آنکھ میں محسوس ہوتا ہے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی دوسری شاخوں کے ساتھ بھی درد بعید پایا جاتا ہے۔ اس امر کی توجیہ اس طرح کیجا سکتی ہے کہ عینی قسمت (ophthalmic division) کی ابتدا پانچویں عصب کے بالائی حسی نوات (upper sensory nucleus) سے جو چوتھے بطین کے فرش میں واقع ہوتا ہے مشترک طور پر ہوتی ہے منقلہ سے جو عصبی خلیات متعلق ہوتے ہیں صرف انہی میں خلل نہیں آتا بلکہ قرب و جوار کے خلیات بھی متاثر ہوجاتے ہیں اور نفسی غلطی سے درد اُن اعصاب کے ذریعہ سے بھی معکوس ہوجاتا ہے جو اِن خلیات سے تعلق رکھتے ہیں۔ پیشانی پر فوق بکری (supratrochlear) عصب اور فوق مجری (supraorbital) عصب کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔ نیز دمعی شاخوں کے ساتھ ساتھ بھی درد ہوتا ہے (گرد مجری درد) اور انفی عصب کی گذرگاہ پر ناک کی جانب بھی درد ہوتا ہے۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ درد پانچویں عصب کی دوسری قسمت میں پھیل جاتا ہے اور صدغی خطہ میں بے آرامی محسوس ہوتی ہے (دوسری قسمت کی مجری شاخ) یا یہ اوپر کے جبڑے اور دانتوں سے منسوب ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا عوارض میں بہت سا ندمع بھی موجود ہوتا ہے کیونکہ دمعی غدہ کی رسد بھی پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔

نور ترسی (photophobia) یا عدم تحمل نور آنکھ کے التہابی عوارض میں اور خاصکر

قرنیہ کے سطحی التہابات میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ عضلہ محیطۃ الجفنیہ (orbicular muscle) میں
تشنج واقع ہو جاتا ہے، اور یہ آنکھ کو بند رکھتا ہے، اور خراش کے خفیف سے خفیف تکشف پر بھی اس کو
بند کر دیتا ہے۔ اگرچہ عضلہ محیطۃ الجفنیہ (orbicular muscle) کو عصبی رسد وجہی (facial)
عصب سے پہنچتی ہے لیکن اسکے عصبی ریشے ساتویں عصب کے نوات سے نہیں آتے، بلکہ
عینی حرکی (oculo-motar) نوات سے آتے ہیں جو پانچویں عصب کے حسی نوات کے نزدیک 78
واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ معکوس راستوں کے ذریعہ سے وابستہ ہوتا ہے۔ التہاب قزحیہ
(iritis) اور سبز موتیا (glaucoma) میں بیش حسیت (hyperæsthesia) بھی موجود ہوتی
ہے۔ اور بیرونی جبہی اور مقدم صدغی رقبہ جات پر بعید درد بھی محسوس ہوتا ہے (ہیڈ: Head)-
اس خطہ کی جلد اور مقلہ کے عصبی مراکز کے درمیان قریبی تعلق موجود ہوتا ہے۔ اسی تعلق سے امراض چشم
میں کنپٹیوں پر خراشِ مقابل کا استعمال کرنے کی توجیہ ہوتی ہے (ہیڈ: Head)- اغلاطِ انعطاف
میں ہدبی عضلہ پر جو زور پڑتا ہے وہ دردِ سر کے عام ترین اسباب میں سے ہے، اور اس سے پیشانی کے
وسط محجری خطہ پر دردِ بعید محسوس ہوتا ہے، اور اس پر بیش حسیت کے رقبہ جات رونما
ہو جاتے ہیں۔

انفی (nasal) (انفی ہدبی: naso-ciliary) عصب اور محجری مشمولات کے
درمیان جو تعلق ہے اسکی مثالیں مزاولتِ طب میں کئی مرتبہ دیکھنے میں آتی ہیں۔ چنانچہ اگر ناک کے اگلے
حصہ پر ضرب لگائی جائے یا اسکے زیرین حصہ کی جلد کو خراش پہنچائی جائے جیسا کہ دردخیز دمل کو دبانے
سے پہنچتی ہے تو کثیر تدمع ظہور پذیر ہوگا۔ ہلا اس سے عینی (ophthalmic) عصب کی انفی شاخ
کو ہیجان پہنچنے سے ایسے شخص کی آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے جس کو اسکی عادت نہ ہو۔ یہ ایک مشہور و معروف
امر ہے کہ ناک اور انفی حفرہ جات کے بہت سے اختلالات ایسے ہیں جن کی وجہ سے "آنکھوں سے
پانی نکل آتا ہے"۔ انفی عصب اور آنکھ کے درمیان کے قریبی تعلق کی ایک عجیب و غریب مثال
اکثر نملہ منطقی (herpes zoster) سے ملتی ہے۔ اس عارضہ میں جب پہلی قسمت کی صرف فوق
محجری (supraorbital) اور فوق بکری (supratrochlear) شاخوں کے خطہ جات ہی
ماؤف ہوتے ہیں تو آنکھ بالعموم غیر متاثر رہتی ہے، لیکن جب ثوران اس حصہ تک بھی پھیل جاتا ہے
جس کو رسد انفی عصب سے آتی ہے، یعنی ناک کی ایک طرف پر نیچے تک آجاتا ہے تو مقلہ میں اکثر کچھ
التہاب پایا جاتا ہے۔

آنکھ کا خطرناک رقبہ۔ صرف قرنیہ یا صرف صلبیہ کے نافذ زخم جو ہدبی حصہ سے پیچھے واقع ہوں کبھی خطرناک نہیں ہوتے، مگر ایسے زخموں کے جن سے جسم ہدبی یا اسکا بالکل قریبی حصہ ماؤف ہوگیا ہو نہایت ہی خطرناک ثابت ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہدبی خطہ کا التہاب اہم عرقی 79
اور عصبی تفمیات کی وجہ سے جو اس حصہ میں موجود ہوتے ہیں خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اور حقیقت یہ ہے کہ جہاں تک خونی اور عصبی رسد کا تعلق ہے مقلہ کے اندر اس سے زیادہ اہم اور کوئی خطہ نہیں ہے۔ مزید برآں جسم ہدبی سے التہابات کم و بیش بلاواسطہ طور پر قرنیہ، قزحیہ، مشیمیہ، زجاجیہ اور شبکیہ تک پھیل سکتے ہیں۔ جسم ہدبی کا تکوینی یا قیحی التہاب جو ضرر کے بعد پیدا ہو جاتا ہے عام طور پر رمد مشارکی (sympathetic ophthalmia) کے لیئے نقطہ ابتدا ہوتا ہے۔ اس ہولناک عارضہ میں دوسری طرف کی صحیح وسالم آنکھ میں تباہ کن التہاب شروع ہو جاتا ہے، اور یہ آنکھ پہلی آنکھ کے ضرر کو دو یا تین ماہ گزرنے کے بعد ماؤف ہو جاتی ہے۔ آج کل عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صحیح وسالم آنکھ مرض زدہ آنکھ سے براہ راست متاثر ہو جاتی ہے۔ ان زیر عنکبوتی فضاؤں میں جو اعصاب بصری کے اردگرد پائی جاتی ہیں تصالب (chiasma) پر تسلسل موجود ہوتا ہے، اور یہ فضائیں ایسے راستے کا کام دیتی ہیں جس میں سے سرائت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ تک پھیل سکتی ہے۔

عدسہ (lens) کی پیمائش ایک طرف سے دوسری طرف تک $\frac{1}{2}$ انچ ہوتی ہے، اور آگے سے پیچھے تک بھی $\frac{1}{4}$ انچ ہی ہوتی ہے۔ تمام زندگی میں عدسہ کی جسامت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔ عدسہ معہ کیسہ کے تمام کا تمام بالکل شفاف اور بالکل عدیم العروق ہوتا ہے۔ جس طریقہ سے عدسہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے، وہ شکل ۱۹ صفحہ 69 اور شکل ۲۰ صفحہ 82 میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عدسہ کا محیط ہدبی زوائد سے باریک اور شفاف منشعر ریشوں کے ایک نظام کے ذریعہ سے پیوستہ ہوتا ہے (عدسہ کا تعلیقی رباط: suspensory ligament of the lens)۔ ان میں سے بعض ریشے عدسہ کے آگے سے اور بعض اسکے پیچھے سے گذرتے ہیں، اور اس طرح ان سے عدسہ کے لیئے ایک تاجہ یا کیسہ بنجاتا ہے۔ ہدبی زوائد پر تعلیقی رباط کے شعاعی ریشے رطوبت زجاجیہ (vitreous humour) کے شفاف کیسہ سے تسلسل قائم کر لیتے ہیں۔ غشائے شفاف

(hyaloid membrane)- عدسہ اپنے تعلیقی رباط کے جزوی انشقاق سے بآسانی ڈھیلا ہوسکتا ہے، اور اپنی جگہ سے ٹل سکتا ہے، اور مقدم کو شک میں چلا آتا ہے، اور زیادہ تر پیچھے کی طرف کو زجاجیہ میں جاتا ہے۔ اگر کچھ مداخلت کیجائے تو عدسہ متورم ہوسکتا ہے۔ اس طرح اسکے ارد گرد 80
جو دباؤ پیدا ہو جاتا ہے، اس سے یہ ان اہم ساختوں کو جو اس کے آس پاس موجود ہوتی ہیں بہت سا نقصان پہنچا سکتا ہے۔

عدسہ کا کیسہ بہت پھوٹک اور لچکدار ہوتا ہے، اور جب اسے پھاڑ دیا جاتا ہے تو اس کے کنارے باہر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں۔ موتیا بند (cataract) کے لئے جو عام عملیہ جات سرانجام دئے جاتے ہیں ان میں یہ پھاڑ دیا جاتا ہے، اور کئی قسم کی ضربوں سے جو مقلہ پر لگ جاتی ہیں یہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ "موتیا بند کے عملیہ کی ایک قسم میں کیسہ عدسہ کے ساتھ ہی دور کر دیا جاتا ہے، اور زجاجیہ غشائے شفاف (hyaloid membrane) کی مدد سے جو کیسۂ عدسہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اپنی وضع پر برقرار رہتا ہے" (لفٹننٹ کرنل ایچ سمتھ: Lieut. Colonel H. Smith)-
جب یہ کیسہ زخمی ہو جاتا ہے تو رطوبت مائیہ (aqueous humour) عدسہ میں داخل ہو جاتی ہے، اور اسکے ریشے اسے چوس لیتے ہیں۔ اور بعد میں یہ متورم ہو کر غیر شفاف ہو جاتے ہیں، اور اس طرح جرحی موتیا بند (traumatic cataract) پیدا ہو جاتا ہے۔ موتیا بند کی مختلف قسموں میں تمام عدسہ اور زیادہ تر اس کا کچھ حصہ عتمہ (opacity) کا محل ہوتا ہے۔ یہ اکثر نوات میں شروع ہوتا ہے، اور عرصۂ دراز تک اسی حصہ تک محدود رہتا ہے۔ بالعض اوقات یہ قشرہ میں شروع ہوتا ہے۔ اس حالت میں یہ لکیروں کے ایک سلسلہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جن کا رخ عدسہ کے محور کی طرف ہوتا ہے، اور ان کا انحصار عدسہ کے ریشہ جات کی ترتیب پر ہوتا ہے۔

شبکیہ (retina) کے متعلق صرف اتنا ہی بیان کر دینا کافی ہوگا کہ اسکا تعلق مشیمیہ سے اتنا خفیف ہوتا ہے کہ یہ اس غشا سے نزف یا دیگر انصبابات کے ذریعہ سے علیحدہ ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ گلوب پر سادہ ضرب کے لگنے سے بھی حقیقۃً جدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک وسیع حد تک علیحدہ ہونے کے باوجود بھی قرص بصری (optic disc) اور حاشیہ مسنن (ora serrata) پر چپکا رہتا ہے۔

عصب بصری (optic nerve) کی لمبائی محجر کے اندر ۲۰ تا ۳۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ عصب دماغ سے نکلتا ہوا اپنا گرد عصبی غلاف ام حنونہ سے لے آتا ہے۔ اسکے علاوہ دو اور غلاف بھی

اس اپر ہوتے ہیں جن میں سے بیرونی ام جافیہ سے ساتھ آتا ہے، اور اندرونی عنکبوتیہ سے۔ یہ غلافات
ایک دوسرے سے تمیز کیئے جا سکتے ہیں، اور علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں، اور ان میں جو دو فضائیں ہوتی
ہیں ان میں سے باہر کی تحت جافی اندر کی تحت عنکبوتی فضا سے سرائت زدہ ہو سکتی ہے۔ چنانچہ دماغی
اسحیہ کے التہابی عوارض عصب بصری کے ساتھ ساتھ اسکے غلاف کی فضاؤں میں سے پھیلتے ہوئے
81 قرص بصری تک بآسانی پہنچ سکتے ہیں۔ اور درون جمجمی مرض ہیں، باستثنائے عوارض اسحیہ، فساد بھیجے
سے قرص تک اس عصب کی رخنی انفعالی بافت میں سے ہوتا ہوا پہنچ جاتا ہے۔ ان تعلقات سے التہاب
عصب بصری (optic neuritis) اور درون جمجمی مرض کے کثرت کے ساتھ اکٹھا واقع ہونے
کی توجیہ کسی حد تک ہوتی ہے۔

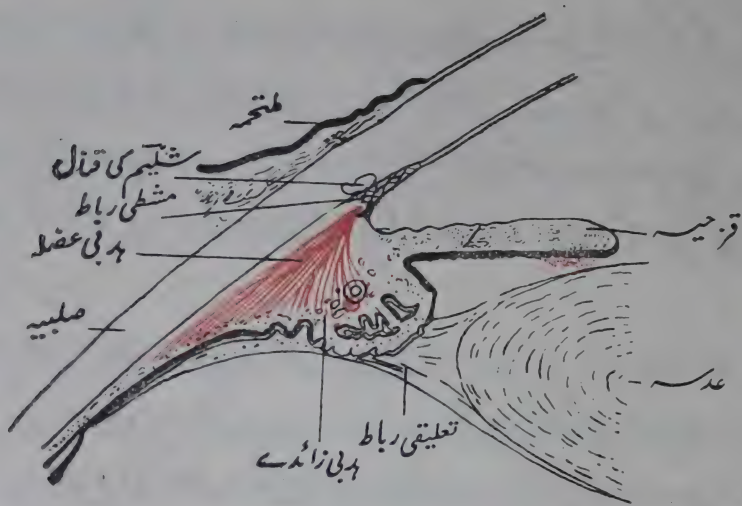
جونہی یہ عصب سوراخ بصری سے باہر نکلتا ہے یہ وتدی جوف کی بیرونی دیوار سے مس کیئے ہوتا ہے، اور اگر یہ جوف مقابلتہً چھوٹا ہو تو یہ موخر مصفاتی خلیات سے ملا ہوتا ہے۔ ان فضاؤں میں تقیح واقع ہونے کی صورت میں سرائت کے عصب بصری تک پہنچنے کا امکان ہوتا ہے، اور اس طرح التہاب عصب بصری (optic neuritis) شروع ہو جاتا ہے۔

جب کبھی درون جمجمی دباؤ کھوپری میں کسی سلعہ کے نشو و نما پانے، یا نزف واقع ہونے، یا کسی دوسری حالت کے موجود ہونے سے بڑھ جاتا ہے تو یہ تحت عنکبوتی فضا میں سے جو عصب بصری کے ارد گرد موجود ہوتی ہے منتقل ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے مرکزی شریان اور ورید اس مقام پر دب جاتی ہیں جہاں یہ اس فضا کو عصب بصری تک پہنچنے کے لئے عبور کرتی ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلے ورید مضغوط ہو جاتی ہے، اور اس وجہ سے چشم بین (ophthalmoscope) میں سے شبکیتی وریدوں میں احتقان دکھائی دیتا ہے۔ بعد ازاں دباؤ میں زیادتی واقع ہونے سے قرص میں اور اسکے عین ارد گرد ارتشاح پیدا ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں، اور شبکیتی شریانوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ تہیج حلیمی (papillœdema) کا وہ نقشہ جو چشم بین سے دکھائی دیتا ہے اسی طرح پیدا ہوتا ہے۔

مائی اور زجاجی رطوبتیں (aqueous and vitreous humours)-

مائی رطوبت (aqueous humour) سے مقدم کو شک پُر ہوتا ہے۔ اور یہ وہ فضا ہے جو عدسہ کے کیسہ اور تعلیقی رباط اور قرنیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ قزحیہ اس فضا کو مقدم اور موخر

دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے ۔ چونکہ قزحیہ کا زیادہ حصہ درحقیقت عدسہ سے ملا ہوتا ہے اسلیئے موخر حصہ ایک زاویئی وقفہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو قزحیہ، ہدبی زاوئد اور عدسہ کے تعلیقی رباط کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ مقدم کوشک کا عمق ۶ء۳ ملی میٹر ہوتا ہے ۔ قرنیہ کا اندرونی طبقہ صلبیہ کے ساتھ تسلسل قائم کرتے وقت ریشوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو (۱) صلبیہ، (۲) ہدبی عضلہ اور
82 (ligamentum pectinatum) (۳) ہدبی زوائد کو جاتے ہیں ۔ ان ریشوں سے رباط مشطی



شکل ۲۰ ۔ رباط مشطی ۔ فونٹانا کی فضائیں، ہدبی عضلہ اور عدسہ کا کیسہ ۔

بنتا ہے، اور اسکے ریشوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں انکو فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (قزحیتی قرنیتی فضائیں :iridio -corneal spaces)۔ یہ رطوبت مائیہ سے پُر ہوتی ہیں ۔ ان فضاؤں کے اندر جو سیال ہوتا ہے وہ جذب ہو کر ایک مدور قنال میں پہنچ جاتا ہے جو صلبیہ میں ہوتی ہے ۔ یہ مدور وریدی قنال (circular venous canal) یا قنالِ شلم (canal of Schlemm) کہلاتی ہے (دیکھو شکل ۲۰)۔ یہ قنال صلبیہ کے مقدم حصہ، ہدبی زوائد، اور قزحیہ کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہے ۔ رطوبت مائیہ ہدبی زوائد میں سے جو قزحیہ کے پیچھے ہوتے ہیں مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، اور اسطرح قنالِ شلم (canal of Schlemm)

میں جذب ہوتی رہتی ہے، جہاں سے یہ وریدی دوران میں چلی جاتی ہے۔ مقلہ کا تناؤ رفتارِ افراز اور رفتارِ انجذاب کے درمیان صحیح صحیح مساوات قائم رہنے سے برقرار رہتا ہے۔ لہٰذا اگر پیپ مقدم کوشک میں چلی آئے (کوشکی ریم: hypopyon) تو یہ بالعموم بآسانی جذب ہو جاتی ہے۔ متوسط درجہ کی دعابذریوں پر بھی جو اس کوشک میں واقع ہوں یہی صادق آتا ہے۔ اور جو مشکل زجاجی کوشک
سے خون کے منجذب ہونے میں پیش آتی ہے، اسکے مقابلہ میں مذکورہ انصبابات کا سریع دفعیہ بالکل 83
ایک مختلف حیثیت رکھتا ہے۔

پروفیسر آرتھر تھامسن (Arthur Thomson) نے یہ ثابت کرکے دکھا دیا ہے کہ صلبیہ کی اندرونی طرف، قزحیہ کے مقدم قاعدہ پر یا تو منخفض ہوتی ہے، اور یا میزاب دار ہوتی ہے۔ جب حدقہ منتسج ہو جاتا ہے تو قزحیہ کے سکڑے ہوئے قاعدہ کا رجحان اس میزاب کو پُر کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح رطوبت مائیہ کا نکل کر فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں میں چلا جانا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

زجاجیہ (vitreous) فسادات چشم میں فعال حصہ نہیں لیتا۔ بعض اوقات ہم پہلو حصص کے التہاب میں یہ ثانوی طور پر ماؤف ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی اس میں نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مختلف اقسام کے غیر شفاف اجسام کا محل ہوتا ہے۔ اجسامِ غریبہ زجاجیہ میں بغیر کسی علامت کے معتدبہ عرصہ تک پڑے رہتے ہیں۔ سعادیر (muscæ volitantes) جو کوتاہ نظر (myopic) کو اکثر تکلیف دیتے ہیں زجاجیہ میں چھوٹے چھوٹے غیر شفاف ذرات کی موجودگی سے پیدا ہوتے ہیں، اور انکی شکل بسا اوقات بعینہ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی زجاجیہ کے جسیموں کی، جبکہ ان کو خردبین سے دیکھا جائے۔

وہ نازک اور شفاف جھلی جو رطوبت زجاجیہ کے گرد بطور کیسہ کے موجود ہوتی ہے غشائے شفاف (hyaloid membrane) کے نام سے موسوم ہے۔ زجاجیہ شبکیہ سے سوائے اس مقام کے جو پچھلی طرف قرص کے مقابل واقع ہوتا ہے، اور جہاں جنین میں عدسہ کی شریان داخل ہو کر قنالِ شفاف (hyaloid canal) میں سے آگے کی طرف کو جنینی حدقی غشا (fœtal pupillary membrane) کو رسد پہنچانے کے لئے بڑھ جاتی ہے، بآسانی علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ یہ عرق شبکیہ کی مرکزی شریان کی ایک شاخ ہے جو بعض اوقات سنِ بلوغ میں بھی ایک حبلِ لیفی کی شکل میں برقرار رہتی ہے۔ بعض شاذ شاذ مثالوں میں اسکا دوران خون جاری رہتا ہے، اور

84

اِس کا نقصان چشم بین سے دکھائی دے سکتا ہے۔

سبز موتیا (glaucoma) ایک ایسا مرض ہے جسکے علامات کا کلی انحصار گلوب کے دروں چشمی تناؤ کی افزائش پر ہوتا ہے۔ جب مقلہ کے اندر کا دباؤ شبکیہ اور مشیمیہ کی شریانکوں کے خون کے دباؤ سے زیادہ ہوجاتا ہے تو آنکھ کا تغذیہ منقطع ہوجاتا ہے۔ طبعی طور پر دروں چشمی دباؤ دروں چشمی وریدوں کے خون کے دباؤ کے مساوی ہوتا ہے۔ اگر رطوبت مائیہ صلبیہ کی مدور وریدی قنال میں منجذب نہ ہوسکے تو یہ دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت ویسی ہی ہے جیسی کہ دماغ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت مائیہ بھیجے کے دماغی نخاعی سیال کی قائم مقام ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ سبز موتیا (glaucoma) کے تقریباً سب مریضوں میں محیط قزحیہ اور قرنیہ کے درمیانی زاویہ کے، جس میں طبعی حالت میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) واقع ہوتا ہے، مکمل طور پر مسدود ہوجانے سے فونٹانا (Fontana) کی فضائیں بند ہوجاتی ہیں۔

جہاں تک آنکھ سے سیال کے خارجی بہاؤ کا تعلق ہے مقدم کوشک کے محیطی حصہ کی اہمیت بہت طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ اگر یہ حصہ قرنیہ کے انثقاب میں قزحیہ سے یا عدسہ کے ٹل جانے سے عدسہ ہی سے مسدود ہوجائے تو گلوب کے دباؤ کی زیادتی اس کا لازمی نتیجہ ہوتی ہے۔ سبز موتیا (glaucoma) میں قزحیہ برآری (iridectomy) سے جو آرام حاصل ہوجاتا ہے، اس کا انحصار اس امر پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ عملیہ ربط وراہ کے ان مجاری کو جو مائیہ سے شروع ہوتے ہیں عملی طور پر کھول دیتا ہے۔ لہٰذا اس طریقۂ عمل کو کامیاب بنانے کے لئے شگاف صلبیہ پر اتنا پیچھے واقع ہونا چاہئے کہ یہ تمام کا تمام زاویۂ محولہ بالا میں سے گزرے۔ مزید برآں یہ بھی ضروری ہے کہ قزحیہ کو عین اس کی چسپیدگی تک دور کردیا جائے، اور اس کا معتدبہ حصہ کاٹا جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے بھی رطوبت مائیہ کے لئے قزحیہ کی ایک جدید شعری سطح پیدا ہوجاتی ہے، جو اس کے لئے ایک نئے مخرج کا کام دیتی ہے۔ کم عمر اشخاص میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) خلیہ دار اور کھلی ساخت کا ہوتا ہے، اور زیادہ عمر کے اشخاص میں یہ لیفی اور منقبض ہوجاتا ہے۔ لہٰذا معمر اشخاص میں سبز موتیا (glaucoma) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے (ٹی۔ ہینڈرسن :T. Henderson)۔

سبز موتیا (glaucoma) کے تمام علامات کی توجیہ غیر طبعی تناؤ کے اثرات سے

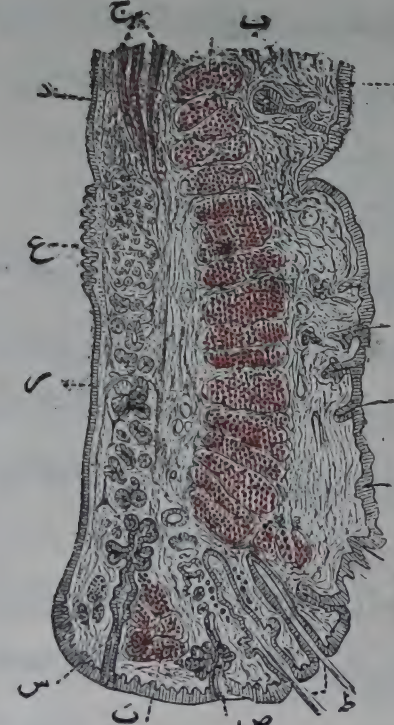
ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ہڈبی اعصاب سخت اور کڑے صلبیہ پر مضغوط ہو جاتے ہیں، جس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ نیز مثبت اور متسع حدقہ اور عدیم الحس قرنیہ سے بھی یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے افعال میں اختلال آگیا ہے۔ ضغطہ سے جو حصص غالباً پہلے متاثر ہوتے ہیں وہ شبکیتی عروق
خون ہیں، اور شبکیہ کے محیط یعنی شبکیتی دورانِ خون کی انتہائی حد پر ضغطہ کا اثر ان میں نمایاں ترین 85
ہوتا ہے۔ لہٰذا میدانِ نظر آہستہ آہستہ تنگ ہو جاتا ہے، اور یہ علامت سبز موتیا میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ اور عصبِ بصری پر دباؤ پڑنے سے روشنی کے چمکارے اور دوسرے لطیف پیدا ہو جاتے ہیں جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ صلبیہ کا کمزور ترین حصہ قرص میں ورقۂ غربالین (lamina cribrosa) پر ہوتا ہے۔ یہ حصہ دباؤ سے جلد دب جاتا ہے، اور اس سے سبز موتیائی پیالہ (glaucomatous cup) پیدا ہو جاتا ہے۔ سمتِ مخالف کا دباؤ عدسہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے، اور اس طرح مقدم کوشک تنگ ہو جاتا ہے۔ اور حشمی دورانِ خون میں جو خلل پیدا ہو جاتا ہے وہ ان متسع عروق سے ظاہر ہوتا ہے جو گلوب پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

اجفان (eyelids) (شکل ۲۱)۔ ہر ایک پپوٹے میں مندرجہ ذیل تہیں اس ترتیب سے پائی جاتی ہیں:۔ (۱) جلد، (۲) زیر جلدی بافت، (۳) عضلہ محیطۃ العینیہ (orbicularis oculi)، (۴) غضروف الجفنی صحفہ (غضروف الجفن فوقانی (superior tarsus: اور اسکا تسلسل محجر کے حاشیہ یعنی محجری فاضل (غشائے جفنی: palpebral membrane) تک، (۵) غضروف الجفنی (میبومی :Meibomian) غدد کی تہ جو صحفۂ مذکور میں مدفون ہوتی ہے، اور (۶) ملتحمہ۔ اوپر کے پپوٹے میں عضلہ رافع الجفن (levator palpebræ) غضروف الجفنی صحفہ کی طرف گذرتا ہوا پایا جاتا ہے۔ پپوٹوں کے اوپر کی جلد بہت باریک اور نازک ہوتی ہے، اور خون کی جو وعا بدریاں اسکے نیچے پیدا ہو جاتی ہیں وہ اس میں سے بآسانی دکھائی دیتی ہیں۔ اس جلد کی ملائمت اور زیر جلدی بافت کا ڈھیلا پن اس حصہ کو اچھی طرح سے ترقیعی عملیہ جات کے قابل بنا دیتا ہے۔ مگر ان خواص کی وجہ سے جرح کا بھی ایک قوی اثر ہوتا ہے۔ چنانچہ زیریں پپوٹے کے نیچے کے مندمل شدہ ندبات کے انقباض سے پپوٹے کے گلوب سے پیچھے ہٹ آنے سے شترۂ خارجیہ (ectropion) یا برون گردی (eversion) پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اسکے التہاب یا تباہ کن عوامل کے اثرات کے بعد دورانِ اندمال میں ملتحمہ کے انقباض سے ہر ایک پپوٹا اندر کی جانب گلوب کی طرف مڑ جاتا ہے،

اور اسطرح شترہ داخلیہ (entropion) پیدا ہو جاتا ہے۔

پپوٹوں پر بہت سے متعرض شکن ہوتے ہیں۔
اوپر کے پپوٹے میں ایک شکن ہوتا ہے جو دوسروں کی نسبت
86 زیادہ نمایاں اور زیادہ گہرا ہوتا ہے، اور یہ اسکو دو حصوں میں
تقسیم کرتا ہے جن میں سے نیچے کا گلوب کو پوشیدہ کرتا ہے،
اور اوپر کا محجر کی نرم ساختوں سے علاقہ رکھتا ہے۔ لاغری
میں پپوٹا اس شکن پر اندر کیطرف کو بہت گھس جاتا ہے۔
شگافات اس شکن کے رخ میں لگانے چاہئیں۔

زیر جلدی بافت بہت ڈھیلی ڈھالی
ہوتی ہے اسلئے پپوٹے التہاب کا تہیج یا نزف واقع
ہونے پر بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ لہٰذا انپر جونکیں
لگانا قرین مصلحت نہیں کیونکہ ایسا کرنے سے آنکھ متورم
اور سیاہ ہو جاتی ہے ("آنکھ پر کا نیل" :black eye)۔
اس بافت کے متعلق ایک عجیب امر یہ ہے کہ اسمیں شحم نہیں ہوتا۔



شکل ۲۱۔ اوپر کے پپوٹے میں سے گزرتی ہوئی انتصابی تراشش۔
(ویلڈیر :Waldeyer کے مطابق)۔ ا جلد۔
ب عضلہ محیطیہ۔ بَ اس کا ہدبی حصہ۔ ج پپوٹے کا غیر اختیاری
عضلہ جو عضلہ رافع الجفن کی انتہا کے کچھ حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔
د ملتحمہ۔ ر غضروف الجفن فوقانی۔ س غضروف الجفنی غدد۔
ص مرممہ عرقی غدہ۔ ط پلکیں۔ ع پیش غضروف الجفنی غدد۔

پپوٹوں کی کوروں پر پلکیں، غضروف الجفنی غدد
(tarsal glands)، اور بعض ترمیم شدہ عرقی
اور دہنی غدد پائے جاتے ہیں۔ ان غدد کا افراز پپوٹوں
کی کوروں کو چپکنے سے روکتا ہے۔ ان کوروں میں خراش اور
عوارض کے پیدا ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔
مزید برآں چونکہ یہ آزاد کنارے ہیں اس لئے دوران خون
بھی انتہائی ہے، اور خون کی رو میں رکود بھی بآسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ انجیریہ (sycosis) جو ایک التہاب
87 ہے جس سے شعری جراب اور پپوٹے کی کور کے بعض غدد ماؤف ہو جاتے ہیں کثیر الوقوع مرض ہے۔
گوہانجنی (sty) پپوٹے کے حاشیہ پر اتصالی بافت یا غدد میں تقیح واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔
پپوٹے کو الٹنے سے ملتحمہ میں سے غضروف الجفنی غدد دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ زردی مائل دانوں کی لکیروں
کی شکل کے ہوتے ہیں مشترک غضروف الجفنی (common tarsal) یا میبومی (Meibomian)

دویرہ ایک احتباسی دویرہ ہے جو ان غدد میں سے کسی ایک میں پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کسی غضروف الجفنی غدہ کی قنات کے انسداد سے پیدا شدہ احتباس سے بنتا ہے۔

عروقِ خون پپوٹوں میں بافراط پائے جاتے ہیں۔ ہر ایک پپوٹے کو دو شریانیں رسد پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے عینی (ophthalmic) شریان کی ایک جفنی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پپوٹے کے اندرونی حصہ میں سے گزرتی ہے، اور ایک دمعی (lacrymal) کی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پپوٹے کے بیرونی حصہ میں سے گزرتی ہے۔ شامہ جات (nævi) اور دوسری عرقی بالیدیں اس محل پر بکثرت پائی جاتی ہیں۔

چار اعصاب اوپر کے پپوٹے کو رسد پہنچاتے ہیں، یعنی فوق مجری (supraorbital)، فوق بکری (supratrochlear)، اور تحت بکری (infratrochlear)، اور دمعی (lacrymal)۔ نیچے کے پپوٹے کو ایک عصب (زیر مجری :infraorbital) رسد پہنچاتا ہے۔

پپوٹوں کے بعض عروقِ لمف پیش اذینی (preauricular) غدد میں داخل ہوتے ہیں۔ لہٰذا یہ پپوٹوں کے عوارض میں بعض اوقات کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔

ملتحمہ (conjunctiva)۔ اس غشا کا چشمی حصہ پتلا ہوتا ہے، اور مطبق سرحلمہ سے جسکی پیچیدگی بہت ڈھیلی ہوتی ہے پوشیدہ ہوتا ہے۔ جفنی حصہ زیادہ موٹا ہوتا ہے، اور عمودی سرحلمہ سے ڈھکا ہوتا ہے جو زیادہ مضبوطی سے منضم اور نسبتاً زیادہ عروق دار ہوتا ہے۔ قرنیہ کی کور پر ملتحمہ اس سرحلمہ سے مسلسل ہوتا ہے جو اس پردہ (قرنیہ) کی پوشش ہوتا ہے۔ چشمی ملتحمہ کو اسکے ڈھیلے پن کی وجہ سے اِدھر اُدھر آزادانہ طور پر حرکت دیجا سکتی ہے، اور بعض عملیہ جات میں اس سے بہت استفادہ کیا جاتا ہے۔ مثلاً ٹیل (Teale) کے عملیہ میں جو التصاق الجفن (symblepharon) کے لئے کیا جاتا ہے گلوب سے قرنیہ کے اوپر سے ملتحمہ کا ایک پل بذریعہ تقطیع علیحدہ کر لیا جاتا ہے، اور اس خام سطح کو پوشیدہ کرنے کیلئے جو نیچے کے پپوٹے سے مس کرتی ہے قرنیہ پر سے نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ ڈھیلی بافت ہیجِ ملتحمہ (chemosis) کے پیدا ہونے میں مدد دیتی ہے جو انتہائی حالتوں میں اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ مریض اپنی آنکھ بند نہیں کر سکتا۔

88 علاوہ ازیں اسکے عروق کا سہارا چونکہ کمزور ہوتا ہے اس لئے ان میں تھوڑے سے اشتعال سے بھی پھٹ جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ زیر ملتحمی نزفات بعض اوقات شدید قے یا سعال دیکی کے دورہ میں بھی واقع ہوجاتے ہیں۔ مزید برآں کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہوجانے کی حالت میں بھی خون اس غشا کے نیچے آجاتا ہے۔ اس غشا کے نیچے جو نزفات واقع ہوتے ہیں ان میں اور دوسری وعایدریوں (کوفتگیوں) میں یہ فرق ہوتا ہے کہ قبل الذکر میں قرمزی رنگت برقرار رہتی ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ملتحمہ کے پتلے پن کی وجہ سے آکسیجن خون تک پہنچتی رہتی ہے، اور اسکو شریانی خاصہ بخش دیتی ہے۔

ملتحمہ کے التہاب سے معتدبہ ندبی تغیرات پیدا ہوجاتے ہیں، جیساکہ دوسرے اغشیہ مخاطیہ میں، اور شائد مجری بول میں خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ تباہ کن اعمال کے بعد ملتحمہ کے انقباض سے شترہ داخلیہ (entropion) کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر ملتحمہ کا چشمی حصہ اور اس کا متناظر جفنی حصہ دونوں تباہ ہوجائیں تو اس طرح جو دو خام سطحیں باقی رہ جاتی ہیں وہ بآسانی متحد ہوجاتی ہیں، اور پپوٹا گلوب سے منضم ہوجاتا ہے، اور التصاق الجفن (symblepharon) کی حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ حالت نیچے کے پپوٹے سے تعلق رکھتی ہے، اور عام طور پر چونے یا دیگر کاوی اشیا کے نیچے کے پپوٹے اور گلوب کے درمیان اتفاقیہ داخل ہوجانے سے پیدا ہوجاتی ہے۔

اس غشا کے التہاب کی ایک عام قسم میں جفنی ملتحمہ پر چھوٹے چھوٹے اریکول (granulations) کی ایک تعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ صحیح معنوں میں اریکی بافت نہیں ہوتی کیونکہ اس حصہ میں صادق تقیح واقع نہیں ہوتا، بلکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان اریکوں میں سے کچھ غدی بافت کے کریپچوں سے بنے ہیں، اور کچھ کلانی یافتہ مخاطی جرابوں اور بیش پرورده خلیموں پر مشتمل ہیں، اور یہ تمام ساختیں اس غشا میں طبعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اس عارضہ کا نام رمد حبیبی (trachoma) یا گکرے (grancelar lids) ہے۔ اس عارضہ میں غشائے مذکور کے زیادہ عمیق حصوں میں بہت سی جدید بافت طیار ہوجاتی ہے۔ اس جدید بافت اور ان اریکوں (granulations) کے انجذاب سے انقباض پذیر ندبہ پیدا ہوجاتا ہے جس سے اس غشا میں بہت سے شکن پڑجاتے ہیں، اور اکثر شترہ داخلیہ (entropion) بھی پیدا ہوجاتا ہے، اور پلکیں اندر کی طرف کو مڑجاتی ہیں۔

آلۂ دمعیہ (lacrymal apparatus)

89 دمعی غدہ (lacrymal gland) جو محجر کے بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۲) رافع الجفن (levator palpebræ) کے وتر کے جانبی پھیلاؤ سے دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک بڑا فوقانی حصہ جو مذکورہ پھیلاؤ اور محجر کی چھت کے درمیان واقع ہوتا ہے' اور ایک چھوٹا تحتانی حصہ جو اس پھیلاؤ اور اس مقام کے درمیان واقع ہوتا ہے جہاں ملتحمہ مقلہ سے معکوس ہو کر بالائی جفن پر چلا جاتا ہے۔ اسکی قناتیں جو جسامت میں چھوٹی اور تعداد میں تقریباً بارہ ہوتی ہیں ملتحمی انعکاس کے بیرونی حصہ میں کھلتی ہیں۔ اس غدہ کے استیصال میں کوئی فنی مشکل پیش نہیں آتی' کیونکہ یہ اپنے قرب وجوار کی ساختوں سے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ غدہ ملتہب ہو جاتا ہے' اور اتنا کلانی یافتہ ہو جاتا ہے کہ یہ سلعہ کی مانند دکھائی دیتا ہے' اور گلوب کو نیچے اور اندر کی طرف ہٹا دیتا ہے' اور ملتحمہ کے حشفی جفنی شکن کو دبا کر آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اگر خراج پیدا ہو جائے تو یہ اکثر اوپر کے پپوٹے کی جلد میں سے پھٹتا ہے۔ اِس غدہ کے دویرے (دویرہ دمعیہ dacryops:) اس کی قناتوں کے انسداد اور اتساع سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اسکا طبعی افراز آنکھ کی کھلی سطح کو تر رکھتا ہے' مگر اس کا استیصال خراب اثرات پیدا ہونے کے بغیر کیا جا سکتا ہے۔

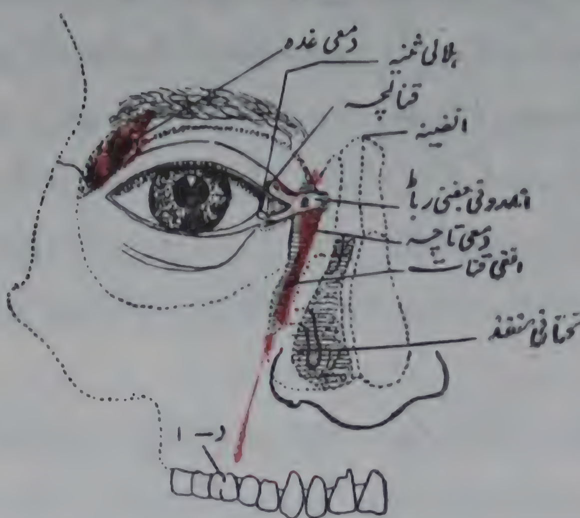
آنسو مُقلہ پر سے گزرتے ہیں اور اسے تر رکھتے ہیں' اور پھر یہ ہر دو نقاطِ دمعیہ (puncta lacrimalia) میں سے جن میں سے ایک' بالائی پپوٹے کے حاشیہ کے اندر کی طرف اسکے اندر کے سرے پر ہوتا ہے' اور دوسرا نیچے کے پپوٹے پر پہلے کے متناظر مقام پر واقع ہوتا ہے' گزرتے ہیں' اور یہاں سے قنالیچوں (canaliculi) کے ذریعہ سے دمعی ناچہ (lacrymal sac) میں چلے جاتے ہیں' اور اس میں سے ہو کر انفی قنات (nasal duct) کے راستہ سے تحتانی انفی منفذ (inferior nasal meatus) میں پہنچ جاتے ہیں۔ معمولی حالتوں میں اِس افراز کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ ناک میں سے اسکی تبخیر کی ضرورت ہو لیکن جذبہ کے وقت افراز بکثرت ہوتا ہے' اور اسکی زائد مقدار بچوں اور عورتوں میں آنسوؤں کی شکل میں بہ جاتی ہے۔ مردوں میں چونکہ انفی قناتیں نسبتاً وسیع ہوتی ہیں اسلئے زائد مقدار ان قناتوں میں سے گزر جاتی ہے۔ لہٰذا ان میں جذبہ کا اظہار رونے کی بجائے زور سے ناک صاف کرنے اور ناک میں بولنے سے ہوتا ہے۔

دمعی تاچہ (lacrymal sac) ناک کی ایک طرف اندرونی گوشۂ چشم (وسطانی جفنی ملتقہ :medial palpebral commissure) کے قریب واقع ہوتا ہے، اور دمعی اور فوقانی فکی ہڈیوں میں جو میزاب ہوتا ہے اس میں پڑا ہوتا ہے (شکل ۲۲)۔ اس کی بیرونی
90 جانب پر ذرا آگے کی طرف کو دونوں دمعی قنالیچے اس میں شامل ہو جاتے ہیں۔ تاچہ کے سامنے اندرونی جفنی رباط (internal palpebral ligament) یا وتر العین (tendo oculi) واقع ہوتا ہے۔ اگر دونوں پپوٹوں کو زور سے باہر کی طرف کو کھینچا جائے تو یہ رباط بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے اور نظر بھی آسکتا ہے۔ یہ تاچہ کی طرف رہنمائی کرنے کا کام بھی دیتا ہے۔ جب پپوٹوں کو زور سے بند کر لیا جاتا ہے تو یہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ اسلئے اس حالت میں بھی یہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ دمعی تاچہ کو یہ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ اور زیریں دو تہائی حصہ کے مقام اتصال پر زاویہ قائمہ پر کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ اگر اس رباط کے عین نیچے چاقو داخل کیا جائے تو یہ تاچہ کو تقریباً وسط پر سے کھول دے گا، اور اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب دمعی خراج پھٹنے کو ہوتا ہے تو اس کا منہ ہمیشہ اس رباط کے نیچے بنتا ہے۔

چونکہ دمعی تاچوں (lacrymal sacs) کے عوارض اکثر بہت دردخیز ہوتے ہیں، اسلئے یہ امر قابلِ ذکر ہے کہ اس تاچہ کی عصبی رسد انفی عصب (nasal nerve) کی زیر بکری (infratrochlear) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔

دماع (epiphora) یا آنسوؤں کا غیر طبعی بیش بہاؤ زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) نقطہ (puncta) سے لیکر انفی یا انفی دمعی قناتوں کے فتحہ تک جو ناک میں واقع ہوتا ہے دمعی گذرگاہوں کے کسی مقام پر مسدود ہو جانے سے، (۲) کسی ایسے سبب سے جو زیریں نقطہ کو گلوب کے ساتھ مس نہ کرنے دے جیسا کہ شترۂ خارجیہ (ectropion)، شترۂ داخلیہ (entropion)، اور نیچے کے پپوٹے کے ورم وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عضلہ محیطۃ العینیہ (orbicularis oculi) کا پیش جفنی (pretarsal) حصہ ہی ہے (یعنی وہ ریشے جو پپوٹوں میں سے انکے آزاد حواشی کے قریب سے گذرتے ہیں) جو پپوٹوں کو مقلہ کے ساتھ ملائے رکھتا ہے۔ یہ ریشے دمعی تاچہ کے پیچھے موخر دمعی عرف (posterior lacrymal crest) پر ختم ہو جاتے ہیں، اور ان سے ایک عضلہ تیار ہو جاتا ہے جو کسی زمانہ میں ناشر و جفن (tensor tarsi)

یا عضلۂ ہارنر (Horner's muscle) کے نام سے موسوم تھا (وٹنال :Whitnall)۔ جبھی استرخا سے دُماع (epiphora) پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ عضلۂ محیطیہ کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے نقطہ (punctum) گلوب سے پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ مزید برآں آنکھ جھپکنے کے دوران میں عضلۂ مذکور کے امتصاصی فعل سے آنسوؤں کے گذرنے میں جو مدد ملتی ہے اس کا بھی خاتمہ ہو جاتا ہے۔ دُماع (epiphora) کے علاج میں انفی قنات کو بعض اوقات سلائیوں سے متسع کرنا ضروری ہوتا ہے'



شکل ۲۲۔ دمعی آلہ کی تصویر۔
تیر پہلی ڈاڑھ کی طرف اشارہ کرتا ہے' جو انفی قنات کے رُخ کو ظاہر کرتی ہے۔

91 اور بعض حالتوں میں قنالچوں کو بھی کھولنا پڑتا ہے' اور شگاف مسباری نوک والے چاقو (pobe-pointed knife) (ویبر کے چاقو :Weber's knife) سے ایسے مقام پر دیا جاتا ہے کہ دمعی تاچہ کا ناند نما مدخل گلوب سے ملار ہے۔

انفی قنات (nasal duct) (انفی دمعی :naso-lacryınal) طول میں ½ انچ سے ذرا زیادہ ہوتی ہے' اور اس میں سے جو سلائی گذاری جاتی ہے اسے نیچے کی اور ذرا پیچھے کی اور باہر کی طرف پہلی ڈاڑھ کی سمت میں یعنی ناک اور رخسار کے درمیانی میزاب کے متوازی گزرنا چاہیے

(شکل ۲۲)۔ انفی قنات ناک کی غشائے مخاطی کو تحتانی مفتول زائدہ (inferior turbinate process) کے نیچے بہت ترچھے رخ میں منثقب کرتی ہے، اسلئے اسکی اندرونی دیوار ایک مصراع کا کام دیتی ہے۔ اگر یہ تقرح سے تباہ ہو جائے جیسا کہ بعض اوقات آتشک میں ہوتا ہے تو دمعی تاچیہ ناک صاف کرنے پر منتفخ ہو جاتا ہے۔ عظمی انفی قنات کا قطر یہ مختلف ہوتا ہے، اور اسکا قطر ۳،۵ ملی میٹر سے لیکر ۷،۵ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اسکی موٹی غشائے مخاطی کی، جو اسکا استر ہوتی ہے، زیر مخاطی تہ میں 92 ایک کثیر العروق وریدی ضفیرہ پایا جاتا ہے جو اس قنات کے ملتہب ہو جانے پر بآسانی متورم ہو جاتا ہے اور آنسوؤں کو گذرنے نہیں دیتا۔ طبعی قنات میں ۳،۵ ملی میٹر قطر کی سلائی سما سکتی ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ طبعی طور پر اس قنات کا درونہ بند ہوتا ہے، اور اسکی استری غشا میں بہت سے متعرض شکن ہوتے ہیں جن میں سلائی کا سر بعض اوقات اٹک جاتا ہے۔ التہابی عوارض انفی کہفہ میں سے دمعی تاچہ تک انفی قنات کے راستہ سے بآسانی صعود کر جاتے ہیں۔

باب پنجم 93

کان

صیوان الاذن (pinna) بعض اوقات خلقی طور پر غائب ہوتا ہے، اور بعض اوقات رخسار یا گردن کی کسی جانب پر زائد اذین (auricles) موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر مقام پر نام نہاد زائد یا مستزاد اذین (supernumerary auricle) یعنی غضروف کے ایک بے ڈھنگے ورق پر مشتمل ہوتا ہے جو زیریں خیشومی درزوں (branchial cleft) میں سے ایک کے حواشی سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 230)۔ گھنڈی کی طرح کے زائد اذین جو رخسار پر صیوان الاذن یا منفذ کے عین سامنے پائے جاتے ہیں اُن چھ درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن خود نمو پاتا ہے ایک یا زائد درنہ کے بیقاعدہ نمو یا عدم اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ صیوان الاذن میں بعض اوقات ایک خلقی ناسور پایا جاتا ہے جو پہلی خیشومی درز (branchial clefts) کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ طبعی کان میں اس درز کے محل پر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube)، طبل (tympanum)، اور منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) پائے جاتے ہیں۔ اور صیوان الاذن اس پوشش سے پیدا ہوتا ہے جو اس درز کے اردگرد پائی جاتی ہے۔ بعض زیادہ چھوٹے اور زیادہ وسطی ناسور خیشومی درز کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ ان درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن ابتدائی طور پر بنتا ہے بعض میں مکمل اتحاد قائم نہ ہونے سے

پیدا ہوتے ہیں۔حادثات سے صیوان الاذن (pinna) کے علیحدہ ہو جانے سے تیزئ سماعت میں عام طور پر بہت کم فرق آتا ہے۔

اذین (auricle) پر کی جلد باریک اور بہت قریبی طور پر منضم ہوتی ہے۔زیر جلدی بافت کی مقدار قلیل ہوتی ہے اور اسمیں شحم بہت کم ہوتا ہے۔اسکی سطح کے التہابی عوارض مثلاً سرخباده (erysipelas) میں صیوان الاذن (pinna) انتہائی درجہ تک متورم ہوجاتا ہے اور حصص کی تننیگی کی وجہ سے بہت سخت درد پیدا ہوتا ہے۔صیوان الاذن اور غضروفی منفذ کھوپری سے بہت مضبوطی سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔لہذا دونوں کان پکڑکر جسم کو بشرطیکہ اسکا وزن بہت زیادہ نہ ہو زمین سے اوپر اٹھایا جاسکتا ہے اگرچہ یہ تجربہ ظالمانہ اور خطرناک ہے۔

منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus)۔اس کی **قنال** تقریباً ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے اور اسکا رخ آگے کی اور اندر کیطرف کو ہوتا ہے لہذا اذن وسطی تک پہنچنے اور اسکو معرا کرنے کیلئے سرجن صماخ کی موخر دیوار کو اپنا رہنما بناتا ہے۔ خارجی منفذ، لمنف (promontory)، حلزونہ (cochlea) اور داخلی منفذ ایک ہی خط میں واقع ہوتے ہیں۔قنال میں وسط پر ایک انتصابی خم ہوتا ہے جسکا انحداب اوپر کیطرف کو ہوتا ہے۔قنال کو منظاروں یا دوسرے اوزار کے داخل کرنے کی غرض سے سیدھا کرنے کے لئے صیوان الاذن کو اوپر کی طرف کو اور کسی قدر باہر اور پیچھے کیطرف کو کھینچنا چاہیئے۔

اس قنال کا درونہ اسکے ممر کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔وسط پر یہ تنگ ترین ہوتی ہے اور عظمی حصہ غضروفی حصہ کی نسبت زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ دہنہ خارجی اہلیلجی ہوتا ہے اور اسکا طویل ترین قطر اوپر سے نیچے کی سمت میں ہوتا ہے اسلئے منظاروں کی شکل گول ہونیکی بجائے اہلیلجی ہونا چاہیئے۔بخلاف اس کے نالی کا اندرونی سرا مستعرض رخ میں ذرا سا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔

اسکی **دیواروں** کا کچھ حصہ عظمی ہوتا ہے اور کچھ حصہ غضروفی۔بالغ میں نصف سے زیادہ قنال ہڈی سے گھری ہوتی ہے مگر ایک سال کے شیر خوار بچہ میں اسکا صرف ایک ثلث ہی عظمی ہوتا ہے اور بقیہ حصہ غضروفی ہوتا ہے۔اور پانچ چھ سال کے بچہ میں عظمی اور غضروفی حصوں کی لمبائی تقریباً ایک ہی سی ہوتی ہے (سمنگٹن : Symington)۔

خارجی کان کی **عظمی دیواریں** آگے کی نسبت پیچھے کیطرف بڑی ہوتی ہیں، اور جہاں پر منفذ کے عظمی حلقہ کا مقدم حصہ واضح طور پر دکھائی دیتا ہے وہاں اسکے موخر حصہ پہ ایک ڈھلان پایا جاتا ہے جو بتدریج زائدہ حلمیہ کے قاعدہ کی بیرونی جانب تک پہنچ جاتا ہے۔ اکثر اوقات موخر عظمی دیوار اور کھوپڑی کی بیرونی جانب کی درمیانی حد ایک چھوٹے سے شوکہ یا حید سے جو ہینلے (Henle) کے فوق منفذی شوکہ (suprameatal spine) کے نام سے موسوم ہے ظاہر ہوتی ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ مرض حلمیہ (mastoid disease) کے
عملیہ میں گوج (gouge) کا استعمال فوق منفذی مثلث سے شروع کیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 106) 95
جسکی ایک حد عظمی منفذ کے موخر حاشیہ سے بھی بنتی ہے، اسلئے شوکہ ہینلے (spine of Henle) سرجن کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔

غشائے طبلی کے ترچھا ہونے کی وجہ سے منفذ کا فرش چھت کی نسبت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ خارجی عظمی کان میں نہ تو بال ہوتے ہیں اور نہ غدد۔

نالی کے **غضروفی قطعہ** (cartilaginous segment) میں بہت سے دُہنی غدد پائے جاتے ہیں جنہیں چھوٹے چھوٹے اور بہت درد خیز خراج یا دمل پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں اسمیں صملاخی غدد کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جنکے افراز کی افراط سے بعض اوقات اسقدر میل پیدا ہو جاتا ہے کہ قنال کو بند کر دیتا ہے اور کان بہرا ہو جاتا ہے غضروفی حصہ کے فرش پر سینٹورینی (Santorini) کے شقاقات پائے جاتے ہیں۔ یہ ایک قسم کے وقفے ہوتے ہیں جو غضروف میں پائے جاتے ہیں اور لیفی بافت سے پُر ہوتے ہیں صیوان الاذن انہی کیوجہ سے زیادہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ جب خراج نکفیہ (paratoid abscess) کی پیپ منفذ خارجی میں سے بہ نکلتی ہے تو یہ انہی شقاقات کے راستہ سے آتی ہے۔

التہاب الاذن خارجی (otitis externa) میں بعض اوقات منفذ سے قیحی مواد بکثرت خارج ہوتا ہے اور کبھی کبھی معلق متہیج تکمے یا سعدانے (polypi) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ کھوپڑی کی دوسری ہڈیوں کے ساتھ ہی بیرونی کان کی عظمی دیواروں میں بھی عاجی سلعات عظمیہ (ivory osteomata) کے پیدا ہونے کا ایک خاص امکان پایا جاتا ہے۔

بیرونی کان میں اکثر **اجسام غریبہ** اٹک جاتے ہیں اور چونکہ انکا نکالنا اکثر مشکل ہوتا ہے اسلئے انکو اپنی جگہ سے ہٹانے کے لیئے غلط کوشش کرنے سے معتد بہ نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اس امر کی احتیاط کرنا چاہیئے کہ اس قسم کے جسم کو آگے کیطرف کو نہ دھکیل دیا جائے۔ اگر یہ کسی ایسے مادہ سے مرکب ہے جو پانی جذب کر سکتا ہے تو پچکاری سے نکالنے کی بیقاعدہ کوششوں سے اسے پھولنے نہ دیا جائے۔ اگر یہ منظار کی مدد سے اسکے پیچھے آہستہ سے ایک خمیدہ سلائی ڈالکر نکالا نہیں جا سکتا تو بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ کان کے پیچھے ایک ہلالی شکل کا شگاف دیکر اسکو معرا کرلیا جائے۔ اس سے غضروف عظمی منفذ کی موخر دیوار سے عارضی طور پر علیحدہ ہوجاتا ہے۔

96 منفذی دیواروں کے **تعلقات** جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہیں۔ اسکی **بالائی دیوار** جمجمی کہف سے ہڈی کی صرف ایک کثیف تہ کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ اسلئے اس حصہ کے خراج یا عظمی مرض سے التہاب سحایہ (meningitis) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قنال کی **مقدم دیوار** صدغی فکی مفصل (temporo-maxillary joint) اور غدہ نکفیہ کے کچھ حصہ سے علاقہ رکھتی ہے۔ اس امر سے منفذ کے ملتہب ہونے کی حالت میں جبڑا ہلانے سے جو درد محسوس ہوتا ہے اسکی بھی ایک طرح سے توجیہ ہوتی ہے۔ مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ فک زیرین کی حرکت کے ساتھ ہی غضروفی منفذ میں بھی حرکت ہوتی ہے اور نیز دیوار ہائے منفذ اور مفصل مذکور دونوں کی رسد ایک ہی عصب سے آتی ہے (اذنی صدغی: auriculo-temporal)۔ جبڑے کے قدال سے اسکا جو تعلق ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ منفذ کی اس دیوار میں ٹھڈی کے بل گرنیسے کسر واقع ہوسکتا ہے۔ نکفی غدہ کے اندر کا خراج سینٹورینی (Santorini) کے شقاقوں کے راستہ سے جو اس گذرگاہ کی مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں منفذ تک پھیل سکتا ہے۔ **موخر دیوار** منفذ کو حلمی خلیات (mastoid cells) سے علیحدہ کرتی ہے۔ موخر دیوار کے عین پیچھے (یعنی خارجی اذنی منفذ کے وسطی نقطہ سے تقریباً ۳/۴ انچ کے فاصلہ پر) جانبی جوف (lateral sinus) ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔ عظمی منفذ کی **تحتانی دیوار** بہت کثیف اور مضبوط ہوتی ہے اور غمدی (vaginal) اور ابری (styloid) زوائد کی تناظر ہوتی ہے۔

رسد خون۔ صیوان الاذن اور منفذ خارجی کو خون کی رسد صدغی اور موخر اذنی شریانوں سے بخوبی پہنچتی ہے اور منفذ کو خارجی فکی (external maxillary) کی

ایک شاخ بھی جاتی ہے! اس رسد کے باوجود صیوان الاذن میں پالا مار جانے سے گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔ اور اسکی وجہ یہ ہے کہ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور سطح کے نیچے اسکے نزدیک ہی واقع ہوتے ہیں اور نیز یہ حصہ سردی لگنے کے لئے کھلا رہتا ہے اور اسپر چربی کی کوئی پوشش نہیں ہوتی یہی حالات بیرونی سردی سے ناک میں گنگرین واقع ہونے کے محرّض ہیں۔ خونی سلعات (سلعات دمویہ) صیوان الاذن میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں! ور گھونسے بازوں، فٹ بال کھیلنے والوں اور دیوانوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور خون کی وعا بدری پر مشتمل ہوتے ہیں جو کرکری اور غضروف کے درمیان واقع ہوتی ہے۔

97 **عصبی رسد**۔ صیوان الاذن کو اذنی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذنی (great auricular) اور صغیر قذالی (small occipital) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۲ صفحہ [1])۔ منفذ کی رسد زیادہ تر اذنی صدغی (auriculo-temporal) کے ذریعہ سے آتی ہے اور عصب تائیہ (vagus) کی ایک اذنی شاخ اسکی مدد کو آتی ہے [آرنولڈ (Arnold) کا عصب] جو اس قنال کے زیرین اور پچھلے حصہ کو جاتی ہے اور یہ شاخ قنال کی ابتدا سے دور نہیں ہوتی۔ وجہی (facial) سے بھی ایک شاخ نکلتی ہے جو منفذ میں جا کر ختم ہوتی ہے (رمزے ہنٹ: Ramsay Hunt) یعصب تائیہ کی اذنی شاخ کے متعلق کان کے عصبی تعلقات کے سلسلہ میں بہت سا حسن ظن پایا جاتا ہے۔ پرتکلف دعوتوں میں یہ عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے کہ جب عرق گلاب سامنے رکھا جاتا ہے تو زیادہ تجربہ کار شرکائے دعوت کان کی پچھلی طرف کے نیچے کے حصہ کو تر دست مال سے مس کرتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ عمل بہت تازگی بخش ہے اور اسکے متعلق یہ خیال ہے کہ اس سے آرنولڈ (Arnold) کے عصب میں غیر اختیاری طور پر ہیجان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ وہ عصب ہے جسکا تنہ معدہ کو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس عصب کو مزاحاً "عصب الشیخ" (alderman's nerve) کہا جاتا ہے۔

اذنی کھانسی۔ اذنی چھینک۔ اذنی جمائی:۔ تکلیف دہ خشک کھانسی میں منفذ میں کسی شکایت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں بعض اوقات منظار کے صرف داخل کرنے ہی سے مریض کو کھانسی شروع ہو جاتی ہے! ایک ایسے واقعہ کی اطلاع دیجا چکی ہے

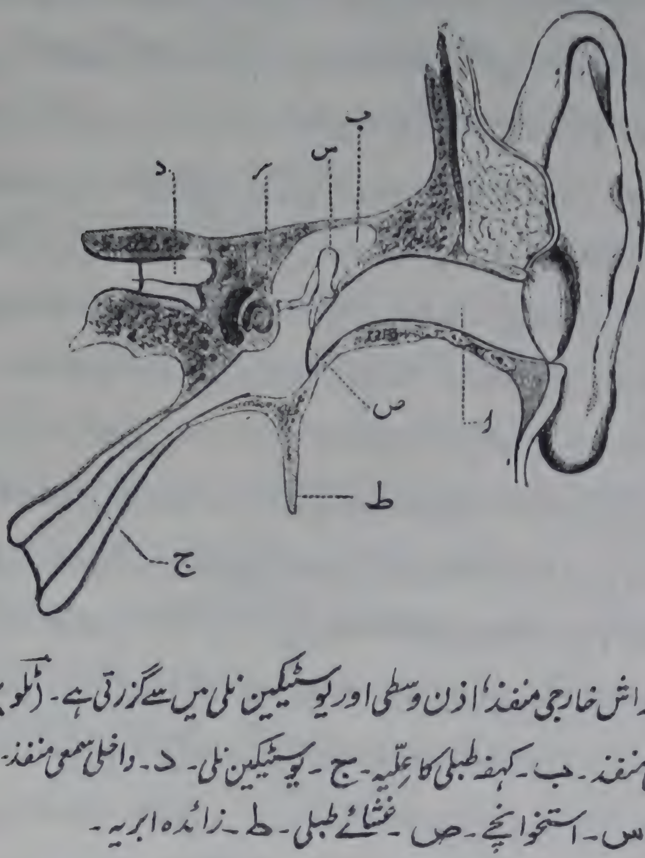
جس میں اٹھارہ ماہ تک تکلیف دہ کھانسی موجود رہی اور کان سے میل کی ایک ڈاٹ نکالنے سے فوراً بند ہوگئی۔ ایسی حالتوں میں خراش تنفس اور کھانسی کے مراکز تک جو چوتھے بطین کے فرش پر ہوتے ہیں عصب تائیہ (vagus) کی اذنی شاخ کے ذریعہ سے منتقل ہوتی ہے۔ گاسکل (Gaskell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ عصب تائیہ میں پانچویں عصب کے غیر موتلف حشائی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں لہذا عصب تائیہ کے نواتات میں پانچویں عصب کی شاخوں مثلاً اذنی صدغی سے اختلالات پیدا ہوجاتے ہیں۔ منفذ سمعی خارجی کے اعصاب کا جو تعلق عصب تائیہ کے نواتات سے ہوتا ہے اس سے ایسی چھینکوں اور قیئوں کی توجیہ بھی ہوجاتی ہے جو خارجی منفذ میں جسم غریب کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ اسی عصبی تعلق سے ان جمائیوں کا سبب بھی معلوم ہوجاتا ہے جو کان کی شکایتوں میں بار بار آیا کرتی ہیں۔ جو خراش تحتانی سنی (inferior dental) اور 98 لسانی (lingual) اعصاب کے ذریعہ سے پہنچتی ہے وہ اذنی صدغی کے ساتھ ساتھ محول ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ کان کے درد میں زبان اور نیچے کے دانتوں کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سرطان زبان کی حالتوں میں درد اذنی، صدغی اور حلمی خطوں میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ ہیڈ (Head) نے اس امر کیطرف اشارہ کیا ہے کہ کان، لوزہ، زبان یا نیچے کے جبڑے کے مرض میں اس جبڑے کے ساتھ ساتھ یا اسکے نیچے کی جلد پر الیمیت کا ایک رقبہ پایا جاتا ہے۔

آنکھ کے شدید عوارض کو رفع کرنے کے خیال سے کان میں حلقے ڈالنے کا ایک عام رواج تھا۔ بنا گوش کو عظیم اذنی عصب جو دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے نکلتا ہے رسد پہنچاتا ہے اور آنکھ کو پانچویں عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت سے رسد پہنچتی ہے۔ جن مراکز سے یہ اعصاب ملتے ہیں انمیں ایک معین تعلق پایا جاتا ہے کیونکہ پانچویں عصب کا زیرین حسی نواۃ اس رمادی مادہ کا جسمیں سے عنقی اعصاب کی موخر جڑیں نکلتی ہیں ایک بلا واسطہ تسلسل ہے جو اوپر کیطرف کو چلا گیا ہے۔

ہلٹن (Hilton) نے کان کے مبہم سے درد کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ اس میں یہ معلوم ہوا کہ یہ گردن کے ایک کلانی یافتہ غدہ سے پیدا ہوا تھا جو عظیم اذنی عصب کے تنہ پر دباؤ ڈالتا تھا۔

غشائے طبلی (membrana tympani)۔ یہ غشا بہت ترچھی واقع ہوتی ہے اور افقی مستوی کے ساتھ یہ ۴۵ درجہ کا زاویہ بناتی ہے۔ بوقت پیدائش یہ تقریباً افقی معلوم ہوتی ہے

اگرچہ درحقیقت ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ منفذ کی عظمی دیوار اپنے اندرونی سرے پر نیچے کیطرف کو ڈھلوان ہوتی ہے اسلئے یہ اس غشا کی زیرین کور کے ساتھ ایک قسم کا جوف بنا دیتی ہے جسمیں چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ بآسانی پڑے رہتے ہیں (شکل ۲۳)۔ ہڈی کا وہ حلقہ جسکے ساتھ یہ غشا چپکی ہوتی ہے اپنے بالائی اور مقدم حصہ پر نامکمل ہوتا ہے۔ اس طرح جو رخنہ رہ جاتا ہے اس کو طبلی کٹاؤ



شکل ۲۳۔ یہ تراش خارجی منفذ، اذن وسطی اور یوسٹیکین نلی میں سے گزرتی ہے۔ (ڈلو)
ا۔ خارجی سمعی منفذ۔ ب۔ کہف طبلی کا عِلّیہ۔ ج۔ یوسٹیکین نلی۔ د۔ داخلی سمعی منفذ۔
ر۔ حلزونہ۔ س۔ استخوانچے۔ ص۔ غشائے طبلی۔ ط۔ زائدہ ابریہ۔

(tympanic notch) یا ریوینی (Rivini) کا کٹاؤ کہتے ہیں۔ اسمیں ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے جو منفذ کے استر کے ایک تسلسل سے پوشیدہ ہوتی ہے اور پیپ اذن وسطی میں سے اسمیں سے گزر کر اس غشا کو منثقب کئے بغیر سمعی قنال میں آسکتی ہے۔ جب یہ غشا کسی شدید ارتجاج کے ہوا میں منتقل ہونے سے پھٹ جاتی ہے تو دریدگی اس کٹاؤ کے بالمقابل واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ یہاں پر 99
اسکی چسپیدگیاں دوسرے مقامات کی نسبت کم مضبوط ہوتی ہیں۔ اس غشا میں بہت کم لچک موجود ہوتی ہے جیسا کہ اس حصہ کے زخمی ہونے کے بعد لب ہائے زخم کی ذراسی کشادگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

دوسرے وجوہ کے علاوہ ایک یہ بھی وجہ ہے کہ سرجن اس غشا میں جو انثقاب بناتا ہے وہ بہت جلد مندمل ہوجاتا ہے۔ یہ غشا چھینکنے، کھانسی اور قے وغیرہ کے دوروں میں منشق ہوچکی ہے۔ یہی ضرر کان پر 100 گھونسہ لگنے اور سادہ ارتجاجات (مثلاً وہ جو کسی بلند آواز سے پیدا ہوتے ہیں) سے بھی پیدا ہوچکا ہے۔

موتی کی طرح کی رمادی غشائے طبلی کو منظار میں سے معکوس روشنی سے دیکھنے پر ایک مثلث نما معکوسۂ نور (light refiex) نظر آتا ہے۔ اسکا قاعدہ نیچے کیطرف کو اور کسیقدر آگے کیطرف کو ہوتا ہے اور اسکا راس طبل کے مرکز کے قریب حیدہ (umbo) پر ہوتا ہے۔ اس زاویہ کی چوڑائی مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے لیکن جب طبل اندر کیطرف کو کھچا ہوتا ہے تو یہ زاویہ تنگ ہوجاتا ہے اور جب طبل باہر کیطرف کو ابھرا ہوتا ہے تو یہ چوڑا ہوجاتا ہے۔ جب التہاب کی وجہ سے طبل کی چمک غائب ہوجاتی ہے تو یہ مثلث نما معکوسۂ نور ماند پڑجاتا ہے اور اسکا خاکہ دھندلا ہوجاتا ہے۔

حیدہ (umbo) یا نشیب کا عمیق ترین حصہ تمام غشا کے مرکز کے عین نیچے واقع ہوتا ہے اور یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ کے سرے کی چسپیدگی کا متناظر ہوتا ہے۔ دستہ کا بقیہ حصہ دوران حیات میں غشا میں سے دیکھا جاسکتا ہے۔ مطرقہ (malleus) کا سر غشا سے کوئی تعلق نہیں رکھتا کیونکہ یہ غشا کے لیول سے اوپر طبل کے علیّہ (attic) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۳)۔ غشا کا جو قطعہ حیدہ (umbo) سے اوپر ہوتا ہے اسکی عرقی اور عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے۔ یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ اور استخوانچوں کی زنجیر کا متناظر ہوتا ہے اور دونوں نافذوں (fenestra) اور طنف (promontory) کے بالمقابل ہوتا ہے۔ حبل طبلی (chorda tympani) عصب بھی اس فوق حیدی حصہ کو عبور کرتا ہوا گذرتا ہے۔ بخلاف اسکے جو قطعہ حیدہ (umbo) سے نیچے ہوتا ہے وہ کسی اہم حصہ کا متناظر نہیں ہوتا اور کم عروقدار اور کم حساس ہوتا ہے۔ لہٰذا طبل غشائی میں سے **طبل کا بزل** (paracentesis of the tympanum) ہمیشہ فوق حیدی قطعہ میں سے کرنا چاہئے۔ اگر یہ عمل حیدہ سے اوپر کیا جائے تو ممکن ہے کہ چاقو سندان (incus) کو جا لگے اور اس ہڈی کو اسکی چسپیدگیوں سے علٰحدہ کردے یا حبل طبلی (chorda tympani) کٹ جائے جس سے ریق کا شللی افراز شروع ہوجاتا ہے۔ مطرقہ (malleus) اور رکیب (stapes) اتنی مظبوطی سے چسپیدہ ہوتی ہیں کہ بآسانی علٰحدہ نہیں کیجاسکتیں۔

اس غشا کو خون کی رسد ابری حلمی (stylo-mastoid) شریان اور اندرونی فکی (internal maxillary) کی طبلی (tympanic) شاخ سے آتی ہے اور اسکی عصبی رسد

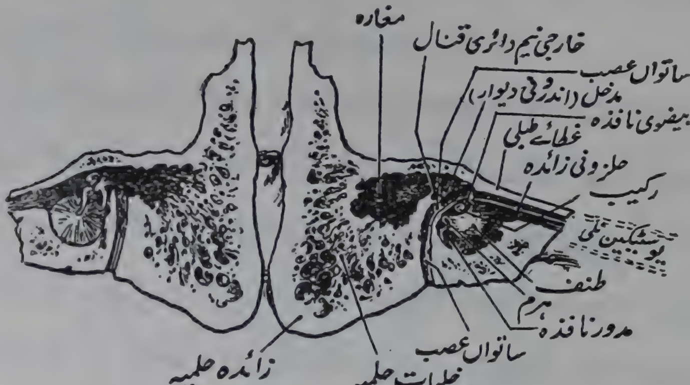
اذنی صدغی (auriculo-temporal) وجہی (facial) اور تائیہ (vagus) سے حاصل 101
ہوتی ہے۔

طبلی کہفہ (tympanic cavity) کی شکل انسان کی ہتھیلی کے گڑھے کی سی ہوتی ہے۔ اسکی بیرونی حد زیادہ تر غشائے طبلی سے بنتی ہے۔ مقدم جانب پر یہ یوسٹیکین (Eustachian) نلی کے ذریعہ سے انفی بلعوم (naso-pharynx) سے ربط وراہ رکھتی ہے اور موخر جانب پر مدخل (aditus) اسکے علیّہ (attic) سے یعنی اس حصہ سے لیکر جو غشائے طبلی کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے پیچھے کی اور ذرا اوپر کیطرف کو حلمی مغارہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کہفہ کا عرض اندرونی دیوار سے لیکر بیرونی دیوار تک ۲ تا ۴ ملی میٹر (۱/۱۲ تا ۱/۶ انچ) ہوتا ہے۔ اسکا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو طبل کے حیدہ (umbo) اور طنف (promontory) کے درمیان ہوتا ہے۔ اگر غشائے طبلی کے مرکز میں سے ایک باریک ڈنڈا اندر داخل کر دیا جائے تو وہ اس کہفہ کی اندرونی دیوار کے طنف (promontory) سے ٹکرائے گا۔ انتصابی اور مقدم موخر قطر فرداً فرداً تقریباً ۱۲ - ۱۴ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتے ہیں۔

اندرونی دیوار پر طنف (promontory) سے اوپر بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) (دہلیزی نافذہ: fenestra vestibuli) ہوتا ہے جو ایک غشا سے بند ہوتا ہے جسکی وسطانی جانب پر اذن اندرونی کی دہلیزی نردبان (scala vestibuli) ہوتی ہے اور اسکے نیچے اور پیچھے کیطرف مدور نافذہ (fenestra rotunda) (حلزونی نافذہ: fenestra cochleæ) (شکل ۴۴) ہوتا ہے جو اس غشا سے بند ہوتا ہے جو نردبان طبلی (scala tympani) کو بند کرتی ہے۔ رکیب (stapes) کا پائدان بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے غشا سے اس مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ اصولی حلمی عملیہ (radical mastoid operation) کرتے وقت جب استخوانچے دور کئے جاتے ہیں تو یہ علیحدہ نہیں ہوتا۔ طبل (tympanum) کی اندرونی دیوار کے بالائی اور موخر حاشیہ پر سے وجہی قنال (facial canal) یا فلوپی مصیف (aqueduct of Fallopius) گذرتا ہے۔ مصیف کی دیوار اتنی پتلی ہوتی ہے کہ التہابی ضرر اذن وسطی سے وجہی عصب تک بآسانی پہنچ سکتا ہے۔ بہت پتلی بالائی دیوار یا چھت (غطائے طبلی: tegmen tympani) پر صدغی وتدی (temporo-sphenoidal) لختہ متمکن ہوتا ہے۔ اسی دیوار میں حجری فلسمانی درز (petro-squamous suture) واقع ہوتی ہے جو

پہلے سال کے اختتام پر مل جاتی ہے۔ اور اس میں عام طور پر حجری فلسمانی ورید ہوتی ہے جو ابتدائی
وداجی (primitive jugular) کے آثار میں سے ہوتی ہے۔ شیر خوار بچہ میں ایک درزی غشا
102 ہڈیوں میں سے گزرتی ہے اور یہ بعض اوقات سرایت کے اذن وسطی سے اسجیہ تک پھیلنے کے لئے
سیدھے راستہ کا کام دیتی ہے۔

اس کا فرش بہت تنگ ہوتا ہے۔ اسکا زیر ترین حصہ غشائے طبلی (membrana tympani) اور یوسٹیکین (Eustachian) نلی کے سوراخ، ہر دو کے لیول سے نیچے ہوتا ہے



شکل ۲۴۔ طبل اور مغارہ کی اندرونی دیوار۔
خارجی نیم دائری قنال کا محل اور وجہی عصب (ہفتم) کا ممر دکھایا گیا ہے۔

اور اسلئے اس مقام پر پیپ بآسانی جمع ہو سکتی ہے (شکل ۲۴)۔ یہ فرش ہڈی کا ایک باریک صفحہ ہوتا ہے جسکے نیچے وداجی (jugular) ورید کا بصلہ واقع ہوتا ہے، جسکے سامنے داخلی سباتی (internal carotid) شریان پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے مرض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اسکا کچھ حصہ غائب بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں اذن وسطی کے مرض میں کان میں خطرناک نزف واقع ہو چکا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ میں جسکا علم سی۔ سی چو اُس کو ہے طبل شگافی (myringotomy) کے بعد شدید وریدی نزف واقع ہوا تھا۔

موخر دیوار کے بالائی حصہ میں طبلی جوف کا فتحہ یا مدخل (aditus) ہوتا ہے (حلمیہ کا مغارہ)۔ ہوائی جوف علیہ (attic) میں کھلتا ہے۔ یہ طبلی کہفہ کا وہ حصہ ہے جو غشائے طبلی کے

لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔

طبلی جوف (tympanic sinus) (حلمیہ کا مغارہ: antrum of the 108

mastoid) (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ خارجی سمعی منفذ کے اوپر اور پیچھے حلمی زائدہ کے قاعدہ میں واقع ہوتا ہے یعہ مدخل کے اسکی شکل قرنبیق کی سی ہوتی ہے۔ اس فضا اور ان حلمی خلیات کا جو اس میں کھلتے ہیں اور اسکے اردگرد واقع ہوتے ہیں ماؤف ہو جانا اذن وسطی کے مرض کی ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہے۔ یہ جوف اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اسمیں سیم کا ایک چھوٹا سا بیج آسکتا ہے۔ یہ پیدائش کے وقت پر موجود ہوتا ہے اور طبلی کہفہ کے ساتھ نمو پاتا ہے۔

اوپر کی طرف اسکی چھت جو غطائے طبلی (tegmen tympani) سے جو ہڈی کا ایک ۲ ملی میٹر موٹا صحفہ ہوتا ہے بنتی ہے، اسکو تیسری صدغی تلفیف سے علیحدہ کرتی ہے۔ چھوٹی چھوٹی وریدیں چھت کو منثقب کر کے حجری فلسمانی ورید میں جا ملتی ہے! اور یہ اسی نام کی درز کے بقیہ حصہ میں واقع ہوتی ہے شیر خوار بچہ میں یہ ربط اور بھی آزادانہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ درز پہلے سال کے اختتام تک بند نہیں ہوتی۔ چھت کا لیول فوق منفذی عرف (suprameatal crest) یعنی وجنہ (zygoma) کی جڑ کی موخر اطالت سے عین اوپر ہوتا ہے، لہذا اگر سرجن اس عرف سے نیچے رہے تو کھوپری کے اتفاقیہ کھلنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

مغارہ (antrum) کے نیچے حلمی زائدہ ہوتا ہے جو اکثر خلیہ دار اور بعض اوقات ٹھوس ہوتا ہے۔ مغاری فرش کا لیول عظمی خارجی منفذ کی موخر دیوار کے نقطہ وسطی کے پیچھے ہوتا ہے۔

سامنے کیطرف ہڈی کی ایک دیوار ہوتی ہے جو مغارہ (antrum) کو خارجی سمعی منفذ کے اندرونی حصہ سے علیحدہ کرتی ہے۔ اس دیوار کے سب سے اونچے حصہ میں **مدخل** (aditus) ہوتا ہے جو ایک بیضوی فتحہ ہے، اور یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اسمیں معمولی تکسیتی سلائی داخل ہو سکتی ہے اور یہ مغارہ (antrum) سے آگے کی اور کسیقدر پیچھے کی اور ذرا اوپر کیطرف کو ہو کر علیۃ (attic) میں پہنچ جاتی ہے۔

اندرونی دیوار پر ایک قنال ہوتی ہے جو وجہی عصب (facial nerve) کے لئے ہوتی ہے۔ یہ قنال اپنے رکبہ (genu) سے جو مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں ہوتا ہے

نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ علاوہ ازیں اس جگہ پر وجہی قنال کے عین پیچھے اور اس سے ذرا اوپر
خارجی نیم دائری قنال (external semicircular canal) ہڈی میں مدفون ہوتی ہے
(شکل ۲۴) طبلی جوف (tympanic sinus) کے منہ پر اور طبل (tympanum) کے علیہ
104 (attic) میں سندان (incus) اور مطرقہ (malleus) کا سر اور انکے رباطات واقع ہوتے
ہیں، اور یہ وہ ساختیں ہیں جو بعض اوقات مرض زدہ ہوتی ہیں اور انکو دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے
جس حالت مرض میں اصولی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے اسمیں اس اندرونی دیوار کی ہڈی بعض اوقات

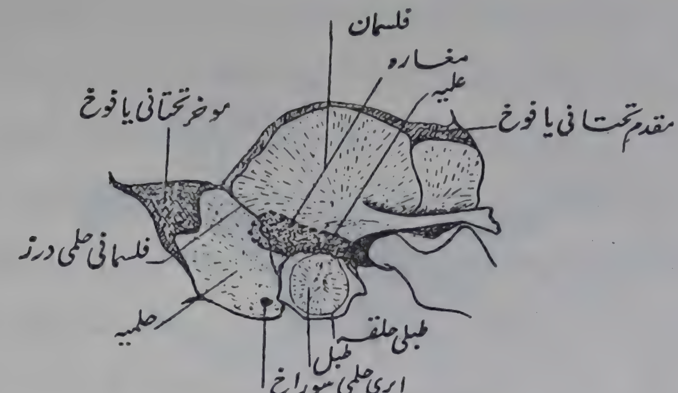


شکل ۲۵ اذن وسطی کے محل اور تعلقات اور مختلف حصوں کو ظاہر کرتی ہے۔
(نیز دیکھو شکل ۶ صفحہ 25)

بوسیدہ ہوتی ہے اور وجہی عصب (facial nerve) یا نیم دائری قنال (semicircular canal) کو بے احتیاطی سے بآسانی نقصان پہنچ سکتا ہے اور وجہی شلل اور دوران سر کے پیدا ہونیکا اندیشہ ہوتا ہے۔ منفذ کے فوقانی اور موخر کنارے عصب وجہی (facial nerve) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ یہ عصب (شکل ۲۵) جوف یا مغارہ (antrum) کی اندرونی دیوار پر فوق منفذی مثلث (suprameatal triangle) سے ۱۴ تا ۲۲ ملی میٹر گہرا واقع ہوتا ہے (جوائس)۔ یہ عصب اپنے رکبہ (genu) سے اپنی قنال میں چلا جاتا ہے اور پھر مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں سے نیچے کی طرف کو جاکر اور ہڈی کے اس پل میں سے جو مغارہ (antrum) کو اذن وسطی سے علیحدہ کرتا ہے گزر کر انجام کار ابری حلمی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے باہر نکل آتا ہے

اسکانز ول بالکل انتصابی نہیں ہوتا بلکہ یہ ذرا باہر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لہٰذا عملیہ میں اس پل کو چھینے سے کاٹتے وقت نیچے کی طرف کو ڈھلوان رکھنا چاہئے۔

پیچھے کی طرف یہ جوف (sinus) جانبی جوف اور دمیغ (cerebellum) سے ہڈی کے ایک صحفہ کے ذریعہ سے علٰحدہ ہوتا ہے جسکی دبازت ۳ ملی میٹر سے ۶ ملی میٹر تک ہوتی ہے اس سے
یہ بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے کہ اذن وسطی کے مرض میں صدغی وتدی لختہ (temprosphenoidal 105
lobe)، جانبی جوف (lateral sinus) اور دمیغ میں ثانوی سرائت عام طور پر کیوں واقع ہوتی ہے



شکل ۲۶ ۔ صدغی ہڈی بوقت پیدائش۔

طبلی جوف یا مغارہ اور علیہ کا محل ظاہر کیا گیا ہے فلسمانی حلمی درز کھلی ہے اور حلمی زائدہ کا نمو نہیں ہوا۔

جوف کی بیرونی دیوار بوقت پیدائش فلسمان کے پس منفذی زائدہ سے جو ہڈی کا ۲ ملی میٹر موٹا صحفہ ہوتا ہے بنی ہوتی ہے (شکل ۲۶)۔ بچہ میں مغارہ (antrum) مقابلتہً سطحی ہوتا ہے اور پیپ بآسانی نکل سکتی ہے اور بآسانی نکالی بھی جا سکتی ہے۔ فلسمانی (squamosal) کے پس منفذی حصہ اور حجری حلمی (petro-mastoid) کے درمیان کی درز زندگی کے دوسرے سال میں غائب ہوجاتی ہے اور اسطرح یہ امکانی راستہ جس سے پیپ سطح تک پہنچ سکتی ہے بند ہوجاتا ہے (شکل ۲۶)۔ جوف کی بیرونی دیوار کی دبازت سن بلوغ تک بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔
مغارہ (antrum) کی گہرائی بالغ کھوپڑی میں تقریباً ۱۶ ملی میٹر ہوتی ہے (½ انچ)۔ مگر

مختلف افراد میں یہ ۱۲ تا ۲۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب ہڈی کولسٹیا ٹوما ئی بالید (cholestea-tomatous growth) سے متاکل ہوجاتی ہے تو یہ کہفہ بعض اوقات گوج (gouge) کی پہلی ہی کاٹ سے معرا ہوجاتا ہے۔ اندرونی کان (اندرونی دیوار) کھوپری کی جانب سے حلمی مغارہ (mastoid antrum) کی نسبت ذرا گہرا واقع ہوتا ہے۔ اور مغارہ (antrum) جانبی جوف کی نسبت ذرا گہرا ہوتا ہے۔ طبعی طور پر بالغ میں خون کا جوف خارجی سمعی منفذ کے نقطہ وسطی سے $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے ہوتا ہے (موخر حاشیہ سے $\frac{1}{2}$ انچ) مگر بعض اوقات یہ اور آگے نکل جاتا ہے اور مغارہ (antrum) کے موخر حصہ پر متراکب ہوجاتا ہے۔ ناتجربہ کار سرجن خارجی اذن میں کبھی کبھی آہستہ سے سلائی داخل کرنے سے اس امر کا یقین کرسکتا ہے کہ مغارہ (antrum) اسے کس گہرائی پر ملے گا۔ مزید برآں تا وقتیکہ اُسے یہ کہفہ نہ مل جائے اسے سلائی کے متوازی رُخ میں کام کرنا چاہئے۔

سطحی ترسیم مغارہ کی (antrum) کی متناظر میکیون (Macewen) کی فوق منفذی مثلث ہے (شکل ۲۵)۔ یہ اوپر کی طرف فوق منفذی عرف یا (موخروجنی چھت: posterior zygomatic roof) سے اور پیچھے کی طرف اس عمود سے جو عرف سے عظمی منفذ کے موخر حاشیہ کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے اور مقدم جانب پر اس خط سے جو عظمی منفذ کا مماس ہو اور دونوں خطوں سے ملتا ہو محدود ہوتی ہے۔ موخر منفذی دیوار کے صحیح محل کی ترسیم اکثر ہینلے (Henle) کے شوکہ یا حید کی موجودگی سے ہوتی ہے۔ اور مثلث بذات خود ایک اتھلے نشیب کی شکل کی ہوتی ہے جو انگلی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

رسائی ۔ اس رقبہ میں سرجن گوج (gouge) کا استعمال بلا خطر کرسکتا ہے تا وقتیکہ وہ سطحی حلمی خلیات کو توڑ کر مغارہ (antrum) کو نہیں کھول لیتا۔ اسکے بعد وہ اس امر کا یقین کہ وہ اسی کہفہ ہی میں ہے اور وہ کسی بڑے سے خلیہ میں نہیں اسکے مقدم فوقانی زاویہ میں سے مدخل (aditus) میں سلائی داخل کرنے سے کرسکتا ہے۔ مزید برآں مغارہ (antrum) تک خارجی سمعی منفذ کی موخر دیوار اور اسکی چھت کے مقام اتصال کی متابعت کرنے سے بھی رسائی کی جاسکتی ہے۔ برما منفذ سے ۵ ملی میٹر پیچھے اور اسکے بالائی حاشیہ کے لیول پر داخل کیا جاتا ہے اسکی چھت منفذ کے لیول سے ۵ ملی میٹر اوپر ہوتی ہے۔

حلمی خلیات (mastiod cells) حلمی زائدہ کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ نمو پاتے ہیں جو دوسرے سال ہی ایک واضح طور پر نمایاں ساخت کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش جوف کے علاوہ بعض دوسرے خلیات بھی بیرونی دیوار میں موجود ہوتے ہیں۔ 107
(ینگ : Young) زمانہ شیر خوارگی میں حلمی زائدہ کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ ایک وہ جس میں ہڈی کثیف ہوتی ہے یہ وہ قسم ہے جو ایک فیصدی بالغوں میں برقرار رہتی ہے۔ دوسری وہ جس میں حلمی زائدہ ڈپلوئی دار ہوتا ہے۔ یہ قسم ۲۰ فیصدی بالغوں میں موجود رہتی ہے (اے چیٹل : A. Cheatle)۔ بالغوں میں تین قسمیں تسلیم کیگئی ہیں اور یہ سب تقریباً یکساں کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ (۱) وہ جنمیں خلیات بڑے ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور جوف طبلی (tympanic sinus) سے ربط رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جنمیں مرکزی خلیات بڑے ہوتے ہیں اور جوف سے ربط رکھتے ہیں اور محیطی خلیات چھوٹے اور بند ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جنمیں تمام فضائیں چھوٹی اور بند ہوتی ہیں — یہ خلیات جوف کو گھیرے ہوتے ہیں اور بعض اوقات پیچھے کی طرف کو حلمی قذالی درز (masto-occipital suture) تک، آگے کی طرف کو فوق منفذی خط تک، اوپر کی طرف کو حلمی جداری درز (masto- parietal suture) تک اور نیچے کی طرف کو حلمی زائدہ کے راس تک چلے جاتے ہیں۔ التہابی حالتوں سے بعض اوقات حلمی خلیات کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی اتنی کثیف ہو جاتی ہے کہ چھینے کی مزاحمت کرتی ہے۔ زیادہ اوپری خلیات کی وریدیں حلمی زائدہ کی گرد عظمی وریدوں میں جاتی ہیں اور انکے ذریعہ سے التہاب سطح تک پہنچ جاتا ہے جس سے کان کے پیچھے تہیج اور ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) طبل (tympanum) کی مقدم دیوار پر کھلتی ہے (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ یہ نلی جو ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے بلعوم میں کھلنے سے طبل میں ہوا کی مناسب رسد پہنچاتی ہے، اور غشا کی دونوں طرفوں کے دباؤ کو مساوی رکھتی ہے۔ طبل (tympanum) کا فرش یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بیرونی فتحہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔ اس نلی کا خط سمت کھوپڑی کے قاعدہ کے مستعرض اور مقدم موخر محوروں کے درمیان تقریباً عین وسط پر واقع ہوتا ہے۔ بالغ میں اسکا میلان نیچے کی طرف کو ہوتا ہے جس سے افقی مستوی کے ساتھ ۳۶ درجہ کا

زاویہ بنتا ہے۔ بچہ میں یہ زاویہ صرف ۱۰ درجہ کا ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ بالغوں میں نلی کا تین چوتھائی حصہ غضروفی اور ایک چوتھائی عظمی ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ اسکی باہر کی جانب پر عضلہ تانترہ حنکیہ (tensor palati) اور پانچویں عصب کی تیسری قسمت اور وسطی سحائی (middle meningeal) شریان واقع ہوتی ہے۔ اندرونی جانب پرپس بلعومی بافت 108
(retropharyngeal tissue) اور (کافی پیچھے) داخلی سباتی (internal carotid) شریان واقع ہوتی ہے۔ نلی کا بلعومی دہنہ عام طور پر بند رہتا ہے۔ مگر نگلتے وقت یہ زیادہ تر ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کے فعل سے کھل جاتا ہے۔ اور اگر ناک اور منہ بند کرکے رخسار پھلا لیئے جائیں تو دونوں کانوں میں دباؤ کا ایک احساس پیدا ہوجاتا ہے۔ ساتھ ہی قوت سماعت بھی کم ہوجاتی ہے اور یہ تغیر غشائے طبلی کے اس ہوا سے جو طبل (tympanum) میں بھر جاتی ہے، باہر کی طرف ابھر جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اذن وسطی کے منتفخ کرنے کا یہ طریقہ **ولسلوا کے طریقہ** (Valsalva's method) کے نام سے موسوم ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں ہوا گذارنے کے **پولٹزر کے طریقہ** (Politzer's method) میں مریض کا منہ بند کردیا جاتا ہے۔ اور ایک نتھنے میں ہوا سے بھری ہوئی ربڑ کی تھیلی کی ٹونٹی داخل کردیجاتی ہے۔ اور نتھنے بند کرکے مضبوطی سے پکڑ لیئے جاتے ہیں۔ مریض کو پانی کا ایک گھونٹ پینے کے لئے کہا جاتا ہے اور ساتھ ہی تھیلی کو زور سے خالی کردیا جاتا ہے۔ ہوا جسکے لئے نکلنے کا اور کوئی راستہ نہیں ہوتا اسطرح کھلی یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں گھس جاتی ہے۔ سرجن ایک نلی کے ذریعہ سے جو مریض کے اور اسکے اپنے منفذ کے درمیان لگی ہوتی ہے اس ذرا سے شور کے سنائی دینے کی طرف خیال رکھتا ہے جو ہوا کے داخل ہونے سے ہوتا ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے مدت تک بند رہنے سے خواہ وہ التہابی ورم کے پھیلنے سے یا بلعوم میں سے غدودہ کی بیش پرورش سے بند ہوئی ہو یا بلعومی سلعات یا سعدانے (polypus) سے میکانی انسداد واقع ہوا ہو کان کے اندر کی کچھ ہوا جذب ہوجاتی ہے اور اس سے بہرا پن پیدا ہوجاتا ہے۔ یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے ہدبہ دار استر کے ذریعہ سے سرائیت اذن وسطی تک پھیل سکتی ہے۔ سی جے۔ بونڈ (C. J. Bond) کو یہ معلوم ہوا ہے کہ طبل کے تثقب کے ایک واقعہ میں نیل کے ذرات جنکا انتفاخ انفی بلعوم میں کیا گیا تھا بعد میں

اس مواد میں سے نکلے جو خارجی منفذ میں سے بہا تھا۔

نلی کے بلعومی سوراخ کی اوپر کی کور قاعدی زائدہ سے تقریباً ½ انچ نیچے، بلعوم کی موخر دیوار سے ½ انچ آگے تحتانی مفتول ہڈی (inferior turbinate bone) کے موخر سرے سے ½ انچ پیچھے اور حنک الرخو (soft palate) سے ¼ انچ اوپر واقع ہوتی ہے (ٹلو : Tillaux)۔ 109
جنین میں یہ سوراخ حنک الصلب (hard palate) سے نیچے واقع ہوتا ہے اور بوقت پیدائش اسی کے لیول پر ہوتا ہے۔ اس سوراخ کی شکل مثلثی ہوتی ہے۔

یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے سوراخ پر جو ارتفاع ہوتا ہے اسکے عین پیچھے بلعوم کی دیوار میں ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ بلعومی گوشہ (pharyngeal recess) یا حفرہ روزنملر (fossa of Rosenmüller) کہلاتا ہے (شکل ۲۸ صفحہ 121)۔ اسے بعض اوقات غلطی سے نلی کا سوراخ تصور کرلیا جاتا ہے! ور اسمیں یوسٹیکین قاساطیر (Eustachian catheter) کا سرا باآسانی اٹک جاتا ہے۔ جن واقعات میں بلعومی لوزہ (لوزۂ لشکا: Luschka's tonsil) کلانی یافتہ ہوتا ہے انہیں یہ حفرہ طرفین پر بعض اوقات بہت گہرا ہو جاتا ہے اور اس سے ایک تنگ عطفہ بنجاتا ہے (دیکھو صفحہ 184)۔

یوسٹیکین قاساطیر (Eustachian catheter) گزارنے کے لئے اس آلہ کو اسکا انقعار نیچے کی طرف رکھ کر اسے نتھنوں کے فرش کے ساتھ ساتھ داخل کیا جاتا ہے "حتیٰ کہ اسکا سرا حنک الصلب (hard palate) کی موخر کور کے اوپر سے بلعوم میں گرتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اب اس آلہ کو باہر کیطرف کھینچنا چاہئے حتیٰ کہ اسکا سرا حنک الصلب کی موخر کور کے اوپر سے پھر اٹھتا ہوا محسوس ہو۔ اس مقام پر پہنچکر قاساطیر کو ایک انچ آگے کی طرف کو دھکیل دینا چاہئے اور دھکیلتے وقت اسکی نوک کو ربع دائرہ پر سے باہر کیطرف کو گھما دینا چاہئے"۔ اس تدبیر سے اسکو نلی کے سوراخ میں آجانا چاہئے۔

طبل کی رسد خون۔ جو شریانیں طبل کو رسد پہنچاتی ہیں وہ داخلی فکی (internal maxillary) اور داخلی سباتی (internal carotid) کی طبلی (tympanic) شاخیں اور وسطی سحائی (middle meningeal) کی حجری (petrosal) شاخ اور موخر اذینی (posterior auricular) کی ابری حلمی (stylo-mastoid) شاخ ہیں۔

یہ امر کہ بعض طبلی وریدیں فوقانی حجری جوف (superior petrosal sinus) اور جانبی جوف میں ختم ہوتی ہیں، اذن وسطی کے التہابی عوارض میں ان گذرگاہوں میں علقیت کے اکثر واقع ہونے کی ایک دوسری توجیہ پیش کرتا ہے۔ حجری فلسمانی (petro-squamous) ورید جو اذن وسطی کی چھت کو عبور کرتی ہے اور جسمیں وہ شاخیں بھی شامل ہوتی ہیں جو طبلی جوف اور علیّہ (attic) سے آتی ہیں، پیچھے کیطرف جانبی جوف سے ملجاتی ہیں اور آگے کی طرف سحائی وریدوں (meningeal veins) سے (چیٹل: Cheatle)۔

110 اذن وسطی کے **عروق لمف** دو راستے اختیار کرتے ہیں۔ انہیں سے اکثر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کی دیوار کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور پس بلعومی لمفی غدہ میں ختم ہوجاتے ہیں یعض عروق منفذ کی استری غشا کے نیچے سے نکلکر غدد کے پس اذنی گروہ میں جو حلمی زائدہ پر واقع ہوتا ہے چلے جاتے ہیں! ور یہ دوسری گذرگاہیں بھی اختیار کرتے ہیں جو ان وریدوں کی رفیق ہوتی ہیں جو عظم صدغی کے حلمی حصہ پر کے سطحی فتحات سے نکلتی ہیں۔

چونکہ **حبل طبلی** (chorda tympani) عصب کا محل طبل میں معرا ہوتا ہے اسلیئے اذن وسطی کے تقیحی مرض میں اسکو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے! ور یہ ثابت کیا جاچکا ہے کہ جب یہ عصب ماؤف ہوتا ہے تو حس ذائقہ میں اختلال پایا جاسکتا ہے اور اگر یہ یاد ہو کہ ذائقہ کے بعض اعصاب زبان تک اس راستہ سے پہنچتے ہیں تو یہ امر بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔

عظمی تیہ (osseous labrynth) کان کے دوسرے حصوں سے الگ بنتا ہے۔

اس تیہ (labrynth) کے حصوں میں تنخر واقع ہوچکا ہے جو شناخت پذیر ٹکڑوں کی شکل میں نکالے جاچکے ہیں۔ ڈاکٹر بار (Dr. Barr) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جسمیں تمام عظمی تیہ (حلزونہ دہلیز، نیم دائری قنالیں) متنخر قطعہ کی شکل میں سمعی منفذ میں سے سالم نکال لیا گیا تھا! ذن وسطی کا تقیح اذن اندرونی تک خارجی نیم دائری قنال پر حملہ کرنے — جو عام ترین راستہ ہے (سکاٹ: Scott اور ویسٹ: West) — اور طنف (promontory) کو متاکل کرنے سے، اور بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے راستہ سے جسمیں رکیب (stapes) کا پائدان مضبوط حلقیٔ غشا سے مثبت ہوتا ہے یا مستدیر نافذہ (fenestra rotunda) کے راستہ سے جو

غشائے ثانوی (membrana secondaria) سے بند ہوتی ہے پھیل سکتا ہے۔ جب التہابی
سرائتیں اذن اندرونی تک پھیل جاتی ہیں تو علامات کے دو سلسلے نمودار ہوتے ہیں۔ (۱) التہاب
اور تقیح کے گرد لمفی نظام (دہلیزی نردبان: scala vestibuli) اور طبلی نردبان: scala
tympani) کے راستہ سے حلزونہ (cochlea) تک پھیل جانے سے اختلال سماعت اور بہرا پن
پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) تاچک (saccule) رحمک (utricle) اور نیم دائری قنالوں کے
انتفاخات کو ضرر پہنچنے اور انکے تباہ ہونے سے توازن اور ہم آہنگی میں اختلالات پیدا ہو جاتے
ہیں۔ دوران سر اور قے۔ اذن اندرونی کا گرد لمفی نظام انتشارِ التہاب کے لئے ایک نہایت ہی
111 سہل الحصول ذریعہ ہے۔ تقیحی عمل اذن اندرونی سے بعض اوقات سمعی عصب (auditory nerve)
اور منفذ کے ساتھ ساتھ اندر کی طرف کو پھیل جاتا ہے اور اس طرح دماغ کے قاعدہ پر کی بڑی
زیر عنکبوتی فضاؤں میں پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ مصیف دہلیزی (aqueductus vestibuli)
یا مصیف حلزونی (aqueductus cochleæ) کے راستہ سے یا فوقانی نیم دائری قنال
(superior semicircular canal) کے انثقاب میں سے جمجمی مشمولات میں چلا جاتا ہے۔
اذن وسطی کا مرض خارجی نیم دائری قنال میں ناسوری فتحہ بننے کا باعث بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے
واقعات میں سر کی حرکات سے اہتزاز مقلہ (nystagmus) پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ آنکھ کے
معکوس حرکات ان تہیجات سے متاثر ہوتے ہیں جو نیم دائری قنالوں کے لطخوں (maculæ) میں
پیدا ہوتے ہیں (سڈنی سکاٹ: Sydney Scott)۔

112

باب ششم

ناک اور انفی کھفے

(Nose and Nasal Cavities)

ناک

ناک کی جڑ اور اسکی پشت کے زیادہ تر حصہ کی جلد پتلی اور ڈھیلی ہوتی ہے۔ مگر جناحین (alæ) پر یہ موٹی، اور عمیق حصوں سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے، اور اسمیں دہنی اور عرقی غدد کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ ناک کے غضروفی حصہ کے اوپر کی پوشش کے التہاب کے بہت درد خیز ہونے اور اسمیں بہت سا عرقی احتقان پائے جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درد کا انحصار اس حصہ کی تنیدگی پر ہوتا ہے جو اسے اعصاب پر زیادہ دباؤ پڑنے کے بغیر متورم ہونے سے باز رکھتی ہے اور احتقان کا انحصار اس خطہ کی مفرط عرقی رسد اور اس امر پر ہوتا ہے کہ چونکہ نتھنے کی کور ایک آزاد کنارہ ہے اسلئے یہاں کا دوران خون اختتامی ہے، لہذا اس سے امتلا کی مساعدت ہونیکا امکان ہوتا ہے۔

چونکہ ناک کے زیرین حصہ پر کثیر التعداد دہنی غدد موجود ہوتے ہیں اس لئے کنی (acne) کے لئے یہ ایک موافق مقام ہے۔ کنی (acne) کی وہ قسم جو بیش پرورشی کنی (acne hypertrophica) کے نام سے موسوم ہے یہیں پر پائی جاتی ہے۔ اس سے وہ منظر پیدا ہوتا ہے جو "بثور الخمر" (grog blossoms) کہلاتا ہے۔ ناک پر ذئبہ (lupus) کا حملہ بھی اکثر ہوتا ہے،

اور ذئبہ احمراری (lupus erythematosus) ناک کی پشت پر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ قارض قرحہ (rodent ulcer) کے بھی اس خط پر خاصکر جناح الانف اور رخسار کے درمیانی شکن میں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

ناک کی جلد میں خون کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے! اور اسی وجہ سے یہ حصہ بہت سے ترقیمی عملیہ جات کے لئے جو اسپر کئے جاتے ہیں بہت موزوں ہے! اس خط کے زخم بغیر تکلیف دینے کے مندمل ہو جاتے ہیں! اور اتنے وسیع زخم کے بعد بھی جو ناک اور رخسار کے درمیانی خط پر اوپر کے جبڑے کو علیحدہ کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے، بہت کم بدشکلی باقی رہتی ہے۔ بہت سے اطلاع کردہ واقعات میں ناک کے حصے بالکل کٹ گئے ہیں اور فوراً لگا دینے سے چہرہ سے متحد ہو گئے ہیں۔ 113

ناک کی جڑ کے اوپر کی جلد کو پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی شاخ رسد پہنچاتی ہے! ورجناحین (alæ) اور نتھنوں کے خط کے اوپر کی جلد کی رسد بھی اسی سے آتی ہے (شکل ۲ صفحہ 11)۔ ناک کی جانب کے زیادہ تر حصہ کو پانچویں حصہ کی دوسری قسمت سے رسد آتی ہے اور اس تنے کے وجع العصب میں یہ بھی درد کا ایک محل ہوتا ہے۔ اس امر سے کہ انفی عصب عینی (ophthalmic) تنے کی ایک شاخ ہے اور آنکھ سے قریبی تعلقات رکھتا ہے اس تدمع کی توجیہ ہوتی ہے جو نتھنے کے درد خیز عوارض میں پیدا ہوتا ہے، مثلاً جبکہ نتھنے کے کور کی چٹکی بھری جاتی ہے۔

ناک کا **غضروفی حصہ** اکثر ذئبہ (lupus) اور آتشکی تقرح اور دوسرے مختلف عوارض سے تباہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو حصے ضائع ہو جاتے ہیں انکو مختلف طریقوں سے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) کے عنوان میں شامل ہیں! ازسرنو قائم کیا جا چکا ہے۔ موروثی آتشک کے مریضوں میں ناک کا بانسا اکثر بہت منخفض پایا جاتا ہے۔ اس انخفاض کا انحصار حصوں کے حقیقی نقصان پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر مقامی سوءِ تغذیہ سے پیدا شدہ ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ یہ سوءِ تغذیہ وہ ہے جو غشائے مخاطی کی شدید نازلت سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا یہ بدشکلی صرف انہی اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکو شیر خوارگی کے زمانہ میں گنگنانے کی شکایت رہی ہو۔ ناک کے غضروفی قطعہ کے حدود کو ذہن نشین رکھنا اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ موسع منظار داخل کرتے وقت اس آلہ کو ان حدود سے آگے نہ گزارنا چاہئے۔

انفی ہڈیاں (nasal bones) اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ یہ کسر

114 ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ میں جہاں یہ نہایت پتلی ہوتی ہیں اور انکا سہارا کمترین ہوتا ہے نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالائی ثلث میں یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہے جہاں یہ ہڈیاں موٹی اور مضبوطی سے قائم ہوتی ہیں' اور جہاں کسر پیدا کرنے کے لئے حقیقتاً معتدبہ قوت کی ضرورت ہوتی ہے۔ چونکہ انفی ہڈیوں پر کوئی عضلات فعل نہیں کرتے اسلئے جو غیر وضعیت بھی واقع ہوتی ہے اسکا انحصار بتمامہ چوٹ کی سمت پر ہوتا ہے۔ ان کسور کے بعد عظمی اتحاد جسم کی کسی دوسری ہڈی کے کسر کے اتحاد کی نسبت بہت سرعت سے واقع ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں جو ہیملٹن (Hamilton) کے مشاہدہ میں آیا تھا "ٹکڑے ساتویں دن اچھی خاصی مضبوطی سے متحد ہو گئے تھے"۔ اگر ناک کی غشائے مخاطی پھٹ جائے تو ان کے کسور کے ساتھ زیر جلدی بافت کا نفاخ (emphysema) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے' جو ناک صاف کرنے سے بہت بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ہوا بلاشبہ انفی حفرہ جات سے آتی ہے۔ انفی ہڈیوں (ossa nasi) کے بالائی ثلث کے کسور میں غربالین صحفہ (cribriform plate) بعض اوقات ٹوٹ جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مختلف فیہ ہے کہ آیا یہ پیچیدگی اس وقت بھی واقع ہو سکتی ہے جبکہ کسر ان ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ تک ہی محدود ہو۔

ناک کی جڑ قیلہ جات سحائیہ (meningoceles) اور قیلہ جات دماغیہ (encephaloceles) کے لئے ایک موزوں مقام ہے اور بروز انفی اور جبہی (frontal) ہڈیوں کی درمیانی درز میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے بروزات جب اس مقام پر رونما ہوتے ہیں تو یہ اکثر ایک باریک اور عرقی غلاف سے پوشیدہ ہوتے ہیں' اور غلطی سے یہ انکو شامہ نما بالیدیں (nævoid growths) تصور کیا جا چکا ہے۔

انفی کہفہ جات

(Nasal Cavities)

انفی کو شک ہر ایک طرف مفتول ہڈیوں (turbinate bones) یا شنجوں (conchæ) کے ذریعہ سے پھر تین منافذ میں تقسیم ہوتا ہے۔ اور فوقانی مفتول ہڈی (superior

(turbinate) سے اوپر وتدی مصفاتی گوشہ (spheno-ethmoidal recess) ہوتا ہے۔
انمیں سے ہر ایک منفذ میں مندرجہ ذیل جوف اور قناتیں کھلتی ہیں :۔

وتدی مصفاتی گوشہ میں۔ وتدی ہوائی جوف۔

فوقانی منفذ میں۔ موخر مصفاتی خلیات ایک یا زائد فتحات سے۔

وسطی منفذ میں۔ (۱) جبہی جوف اور مقدم مصفاتی خلیات براستہ قمع (infundibulum)۔ (۲) ہائی مور (Highmore) کا فکی مغارہ۔
(۳) وسطی مصفاتی خلیات۔

تحتانی منفذ میں۔ انفی قنات ایک فتحہ کے ذریعہ سے مقدم منخرین سے $\frac{1}{4}$ ۱ انچ پیچھے کی طرف۔ 115

مقدم منخرین (anterior nares) کی شکل کسیقدر تاش کے پان سے ملتی ہے اور انکا روزن مجموعی طور پر عموداً $\frac{1}{4}$ ۱ انچ اور عرضاً سب سے چوڑے حصہ پر $\frac{1}{4}$ ۱ انچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ منخر کا مستوی منخرین کے فرش کے مستوی سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ لہذا انفی کہفہ جات کا امتحان کرتے وقت سر کو پیچھے کی طرف گرا دینا چاہیئے اور ناک کو اوپر کی طرف اٹھا دینا چاہیئے۔ مقدم منخرین اور انفی کہفہ جات کے سامنے کے حصوں کا استقصا عملیہ روج (Rouge's operation) سے بخوبی کیا جا سکتا ہے۔ اس طریقہ کار میں اوپر کے لب کو الٹا لیا جاتا ہے اور ایک شگاف غشائے مخاطی میں سے ان نرم حصوں میں دیا جاتا ہے جو اوپر کے لب کو اوپر کے جبڑے سے ملاتے ہیں۔ یہ شگاف دونوں طرف کے دوسرے اسنان ثنویہ کے درمیان رہتا ہے۔ جو نرم حصے اوپر کے لب اور ناک کو ہڈی سے ملاتے ہیں انکو جلد کو نقصان پہنچانے کے بغیر کاٹ دیا جاتا ہے، اور اس دامن کو بذریعہ تقطیع اوپر اٹھا لیا جاتا ہے حتی کہ منخرین کافی حد تک معرا ہو جاتے ہیں۔

جب **مقدم انف بینی** (anterior rhinoscopy) ایسی روشنی سے کیجائے جو پیشانی کے آئینہ یا لیمپ سے آتی ہو اور انفی کو شک کے مقدم غضروفی حصہ میں داخل کئے ہوئے منظار میں سے جیسا کہ تھوڈیکم (Thudichum) کا ہوتا ہے چمکتی ہو تو مندرجہ ذیل حصے دیکھے جا سکتے ہیں، اور انکا امتحان کیا جا سکتا ہے :۔ تحتانی منفذ، تحتانی اور وسطی مفتول ہڈیوں کا مقدم سرا اور فاصل۔ فوقانی مفتول ہڈی (superior turbinate) آگے کی طرف کو اتنی بڑھی نہیں ہوتی کہ دکھائی دے۔

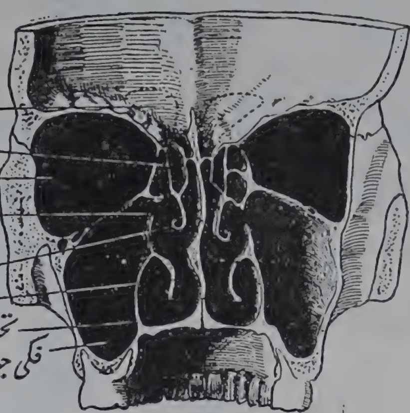
موخر منخرین (posterior nares)۔ ہر ایک دہنہ مکمل طور پر نمو یافتہ بالغ میں مستعرضاً تقریباً ½ انچ اور عموداً تقریباً ۱½ انچ ہوتا ہے۔ لہٰذا اگر رعاف (epistaxis) کو بند کرنے کے لئے کوئی ڈاٹ موخر منخرین میں سے داخل کیجائے تو اسکے ابعاد یہی ہونے چاہئیں۔ بہرکیف عملیہ کن اکثر اس دہنہ کو حنک کے پیچھے سے قیفہ (choana) میں انگلی ڈالنے اور پھر مقدم منخرین میں سے اس تک فیتہ نما گاز ٹھونسنے سے بند کر دیتا ہے۔

موخر انف بینی (posterior rhinoscopy) ایک چھوٹا سا آئینہ زبان پر سے اور حنک الرخو کے پیچھے سے آہستہ آہستہ گزار کر بلعوم میں لے جانے سے کیجاتی ہے۔ روشنی کی شعاع
116 سے جو پہلے پیشانی کے آئینہ سے اور پھر چھوٹی سی انف بین سے منعکس ہوتی ہے مندرجۂ ذیل ساختیں دیکھی جا سکتی ہیں:۔ موخر منخرین، فاصل، وسطی مفتول ہڈی (middle turbinate bone) اور تحتانی اور فوقانی مفتول ہڈیوں کا کچھ حصہ اور تحتانی منفذ کا کچھ حصہ۔ وسطی منفذ بخوبی دکھائی دیتا ہے، اور یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) اور چھت اور انفی بلعوم کے بالائی حصہ کی غشائے مخاطی بھی نظر آتی ہے۔ فاصل اپنے طول کے نصف پر ایک بصلہ کی شکل میں پھیل جاتا ہے، جسے ناتجربہ کار امتحان کنندہ بعض اوقات غلطی سے کوئی امراضیاتی کیفیت سمجھ لیتا ہے۔

شکل جہاں تک انفی کہفہ کی نسبت کا تعلق ہے اسکا فرش ہر ایک سرے کے فرش کی نسبت مرکز پر زیادہ عریض ہوتا ہے، اور اسکا انتصابی قطر مستعرض سے زیادہ ہوتا ہے۔ نیز حفرہ کے مرکز پر یہ سب سے بڑا ہوتا ہے۔ لہٰذا ناک میں داخل کی ہوئی چمٹیوں کو انتصابی رخ میں کھولنا نہایت موزوں ہوتا ہے۔ حفرہ کا عرض اوپر سے نیچے کیطرف کو کسیقدر بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ فوقانی مفتول ہڈی فاصل سے صرف ۲ ملی میٹر دور ہوتی ہے! اور تحتانی مفتول ہڈی اور فاصل کے درمیان ۴ تا ۵ ملی میٹر کی فضا حائل ہوتی ہے۔ وسطی مفتول ہڈی سے اوپر انفی کہفہ اتنا تنگ ہوتا ہے کہ انفی حفرہ کی جراحی چھت فی الحقیقت اسی ہڈی ہی سے بنتی ہے۔

بچہ میں انفی کہفہ کی شکل اور اسکا تناسب عجیب ہوتا ہے۔ بالغ میں تحتانی منفذ (inferior meatus) بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۷)، اور اصلی تنفسی گذرگاہ یہی ہوتی ہے۔ کم عمر بچہ میں تحتانی منفذ نسبتاً بہت چھوٹا ہوتا ہے، اور تنفسی موج زیادہ تر وسطی منفذ کی فضا میں سے

گزرتی ہے (لیک Lack:)۔ انفی کہفے چھٹے مہینہ سے لیکر اٹھارویں مہینہ تک تیزی سے بڑھتے ہیں۔ اس زمانہ میں مستقل تسنّن نمودار ہوتا ہے اور یہ حنک کی جسامت اور ناک کے فرش میں لازمی طور پر اضافہ کردیتا ہے۔ ساتھ ہی فکی جوف کے نمو سے ناک کی عمودی بلندی زیادہ ہوجاتی ہے۔ اور یہ زیادتی اس کہفہ کے بریں فکی حصہ میں مصفاتی یا شمّی حصہ کی نسبت بہت زیادہ واقع ہوتی ہے۔ انفی کہفوں اور چہرہ کی بالیدگی ناک میں سے سانس کے آزادانہ گزرنے میں رکاوٹ پیدا ہونیسے 117
موقوف ہوجاتی ہے یا ناقص رہ جاتی ہے۔ اس رکاوٹ کا عام ترین سبب انفی بلعوم میں



شکل ۲۷۔ انفی کہفوں اور معین جوفوں کی متعرض عمودی تراش۔

غدودہ کا تکون ہے۔

انفی کہفوں کے **تعلقات** کو (شکل ۲۷ و ۲۸) دیکھنے سے یہ ظاہر ہوجائیگا کہ استری غشا کا التہاب (زکام) بلعوم تک موخرمنخرین کے راستہ سے پہنچ سکتا ہے۔ اور یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) تک پہنچ کر کسیقدر بہراپن پیدا کر سکتا ہے۔ اور انفی دمعی قنات (naso-lacrymal duct) میں سے دمعی ناچہ (lacrymal sac) اور ملتحمہ (conjunctiva) تک پہنچ سکتا ہے اور جبہی اور فکی جوفوں تک پھیل سکتا ہے اور جبہی درد اور رخسار کا درد پیدا کرسکتا ہے۔ ان تعلقات کا مظاہرہ زکام کا ایک شدید حملہ ہونے سے اکثر ہوتا ہے۔ انفی حفرہ جات کے جمجمی کہفہ کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے ایسا بھی ہوا ہے کہ ناک کے قیحی التہاب سے التہاب سحائیہ

118 اسحیہ دماغ کا التہاب (meningitis) پیدا ہوگیا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ وہ خرد عضویئے جن سے اسحیہ دماغ کا التہاب پیدا ہوتا ہے ناک کے مخاطی استر سے جمجمی کہفہ کو ان چھوٹے چھوٹے دموی اور لمفی عروق کے راستہ سے جاتے ہیں جو غربالین صحفہ جات میں سے شمی اعصاب کے ساتھ گزرتے ہیں۔

مختلف اقسام کے **اجسام غریبہ** اکثر ناک میں اٹک جاتے ہیں اور بعض اوقات کچھ سالوں تک پڑے رہتے ہیں۔ بچہ میں دائمی یک جانبی انفی مواد سے ناک میں داخل شدہ جسم غریب کے موجود ہونے کا شبہ پیدا ہوجانا چاہیئے۔ پھسل جانے والی چیز مثلاً بوٹ کے بٹن کا دور کرنا مشکل ہوتا ہے۔ مگر ایک خمیدہ سلائی آہستہ سے اس سے پیچھے گزار دینے سے اسے نکالا جاسکتا ہے۔

انفی کہفوں کو **ناک کے نطول** (douche) سے دھوتے وقت سیال ایک سیفن کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔ سیفن کی ٹونٹی نتھنے میں داخل کردیجاتی ہے اور منہ کھلا رکھا جاتا ہے۔ اور سیال اس نتھنے میں سے داخل ہوکر حنک الرخو (soft palate) پر سے گزر کر دوسرے نتھنے میں سے باہر نکل آتا ہے، لہذا موخر الذکر کہفہ پیچھے سے آگے کیطرف کو دھل جاتا ہے۔ پانی کے ممر کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ جب منہ کھلا رکھا جاتا ہے تو صرف اسی میں سے سانس لینے کی طرف آنا میلان ہوتا ہے کہ حنک الرخو (soft palate) اوپر کیطرف کو کھچ جاتا ہے اور موخر منخرین بلعوم سے علٰحدہ ہوجاتے ہیں۔

ہر ایک انفی حفرہ کی **چھت** بہت تنگ ہوتی ہے اور اسکا عرض صرف $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے (شکل ۲۷)۔ یہ باریک غربالین صحفہ سے بنی ہوتی ہے مگر یہ اسقدر تنگ ہوتی ہے کہ اتنی بڑی چیز سے جتنی کہ سعدانی چمٹی ہوتی ہے اسکے منثقب ہونے کے خطرہ میں بہت سا مبالغہ کیا گیا ہے۔ باوجود اسکے جمجمی کہفہ ناک کی چھت میں سے گھس جانے والے اجسام سے جو اتفاقیہ داخل ہوگئے تھے یا خودکشی کی غرض سے داخل کئے گئے تھے کھل چکا ہے۔ انفی حفرہ کے التہاب کے بعد التہاب سحایہ (meningitis) واقع ہوچکا ہے۔ اس حالت میں التہاب غربالین صحفہ سے گزرتا ہے۔ گرد عصبی اور گرد عرقی غلافوں کے ذریعہ سے ناک کے لمفی نظام کا تسلسل اسحیہ کے لمفی نظام کے ساتھ قائم ہے۔ اور ان گزرگاہوں میں سے سرائتیں ناک کی چھت سے لیکر دماغ کے اسحیہ تک پھیل سکتی ہیں۔
119 اس حصہ کے کسور میں دماغی نخاعی سیال کی بہت کثیر مقدار نتھنوں سے بہ چکی ہے۔ ناک کی چھت میں سے قیلہ سحائیہ (meningocele) بروز کرسکتا ہے۔ لشٹن برگ (Lichtenberg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جسمیں یہ تودہ حنک کے ایک خلقی انشقاق میں سے گزر کر منہ میں لٹک رہا تھا۔

یہ غلطی سے سعدانہ (polyp) سمجھ لیا گیا تھا اور اسے باندھ دیا گیا اور موت درون جمجمی التہاب سے واقع ہو گئی۔

فاصل

فاصل (septum) بالغوں میں شاذ و نادر ہی عین سیدھا ہوتا ہے۔ اس کا انحراف اکثر بائیں جانب کو ہوتا ہے۔ مگر بچوں میں یہ سیدھا ہوتا ہے اور ساتویں سال تک ایسا ہی رہتا ہے۔ بالغوں میں تمام اشخاص میں سے ۷۶ فی صدی میں فاصل منحرف ہوتا ہے۔ اسکا انحراف چوٹ سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ فاصل کا انحراف بعض اوقات گانے کی آوازمیں بہت بری طرح سے خلل انداز ہوتا ہے۔ منحرف فاصل میں بعض اوقات مضاعف یعنی ایس (S) کی شکل کا خم دیکھنے میں آتا ہے۔ ایک خم اوپر سے نیچے کی طرف کو اور دوسرا آگے سے پیچھے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ غیر طبعی طور پر بلند حنک اکثر پایا جاتا ہے۔ انحراف کی خفیف سی مقدار کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ مگر ایسے انحراف کا علاج جو فاصل اور مفتول (turbinate) ہڈیوں کی قربت کی وجہ سے انسداد پیدا کرنے کے لئے کافی ہو فاصل کے غضروفی حصہ کے زیر مخاطی جزئی استیصال (submucous resection) سے کیا جا سکتا ہے۔ اکتسابی آتشک کی چپٹی ناک عام طور پر فاصل کی تباہی اور ہم پہلو ہڈیوں کے کم و بیش متاثر ہونے سے دیکھنے میں آتی ہے۔

بیرونی دیوار

بیرونی دیوار (شکل ۲۰)۔ بیرونی دیوار پر تین مفتول (turbinate) ہڈیاں ہوتی ہیں۔ بالائی اور وسطی مصفاتی (ethmoid) سے پیدا ہوتی ہیں اور تحتانی ایک علیحدہ ہڈی ہونے کی وجہ سے فک (maxilla) کی اندرونی جانب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس سے فکی جوف (maxillary sinus) کی اندرونی دیوار کا کچھ حصہ بھی بنتا ہے۔ انکے نیچے ناک کے تینوں منافذ واقع ہوتے ہیں۔ **تحتانی انفی شنجہ** (inferior nasal concha) بعض اوقات یوسٹیکین کیتھیٹر (Eustachian catheter) کے داخل ہونے میں مخل ہوتا ہے، جبکہ اس آلہ کا خم ضرورت سے زیادہ ہو۔ اس ہڈی کا مقدم سرا نتھنے کے سوراخ سے تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے ہوتا ہے۔ انفی دمعی قنات (naso-lacrymal duct) تحتانی منفذ میں نتھنے کے سوراخ سے تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے اور ناک کے فرش سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اوپر کھلتی ہے۔ یہ فتحہ بالعموم جھری نما اور تنگ ہوتا ہے
120 انفی قنات انفی غشائے مخاطی کو اسیطرح ترچھے رخ میں اور مصراعی طریقہ سے منثقب کرتی ہے جسطرح کہ حالب مثانہ میں داخل ہوتا ہے۔ اسلئے ناک دمعی تاچہ (lacrymal sac) کو منتفخ کئے بغیر صاف

کیجا سکتی ہے۔ تحتانی منفذ کی بلندی تقریباً ۳/۴ انچ ہوتی ہے۔

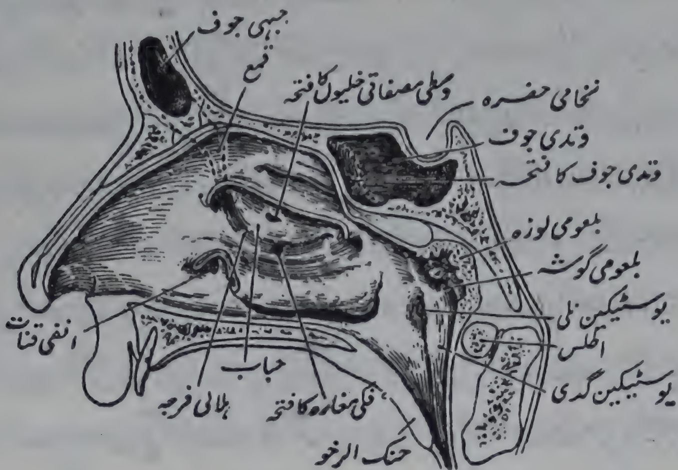
فوقانی منفذ (superior meatus)۔ بہت چھوٹا اور تنگ سا انشقاق ہے، اور اسکے اوپر کے اور اگلے حصہ میں موخر مصفاتی خلیات کھلتے ہیں۔

وسطی منفذ (middle meatus) اگلی طرف پر بیرونی دیوار کے ایک حصہ پر جسے اطاق (atrium) کہا جاتا ہے بہت کھل جاتا ہے۔ اور تا وقتیکہ ہر ایک اوزار کی نوک کو مفرہ کے فرش کی طرف اچھی طرح رکھنے کی احتیاط نہ کیجائے اسکو تحتانی منفذ کی نسبت وسطی منفذ میں زیادہ آسانی سے گزارا جا سکتا ہے۔ وسطی منفذ کی دیوار پر ایک گہری کھلی نالی ہوتی ہے (نیم قمری فرجہ :hiatus semilunaris) جو اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کیطرف کو جاتی ہے (شکل ۲۸)۔ اس میزاب میں جبہی جوف (frontal sinus) قمع (infundibulum) کے ذریعہ سے جو تقریباً ۱/۲ انچ طویل ہوتا ہے اور مقدم مصفاتی خلیات کھلتے ہیں اور نیز اسکے موخر سرے کے قریب اسمیں فکی جوف بھی کھلتا ہے۔ جبہی جوف کا مستدیر روزن عام طور پر فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے پر واقع ہوتا ہے۔ مگر بسا اوقات یہ ایک گوشہ میں بھی پایا جاتا ہے جو فرجہ سے اوپر یا اسکے سامنے ہوتا ہے۔ مقدم مصفاتی خلیات جو تعداد میں بالعموم دو ہوتے ہیں، بعض اوقات فرجہ میں کھلتے ہیں بعض اوقات قمع (infundibulum) میں اور بعض اوقات بلا واسطہ وسطی منفذ کے مقدم حصہ میں۔ فکی جوف (maxillary sinus) کا فتحہ نیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris) کے موخر حصہ میں واقع ہونے کے بجائے بعض اوقات اسکے نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۲۸)۔ فرجہ کی اوپر کی حد مصفاتی حباب (bulla ethmoidalis) سے بنتی ہے اسکا نیچے کا باریک اور نمایاں حاشیہ مصفاتی (ethmoid) کے کلاب نما زائدہ (uncinate process) پر مشتمل ہوتا ہے وسطی مصفاتی خلیہ نیم قمری فرجہ سے اوپر حباب (bulla) پر کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ فرجہ کا لیول ناک کے اندر اندرونی جفنی رباط (internal palpabral ligament) کے محل سے ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ فرجہ کے میلان کیوجہ سے پیپ کا رجحان سرائت زدہ جبہی جوف یا کسی دوسرے ہوائی جوف میں سے فکی جوف میں بہنے اور اس کہفہ کو سرائت زدہ بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔

ناک کا **فرش** تقریباً ۱/۲ انچ یا اس سے ذرا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اسمیں ایک ہموار اور خفیف سا ڈھلان ہوتا ہے جو آگے سے پیچھے کو اوپر کیطرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۲۷)۔ اس کے

مقدم حصہ پر ثنیتی سوراخ (incisor foramen) کے اوپر غشائے مخاطی کا ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ سوراخ اس ربطِ عظیم کا بقیہ حصہ ہے جو کبھی ناک اور منہ کے کہفوں کے درمیان موجود تھا۔

جو غشائے مخاطی انفی کہفہ جات کا استر ہوتی ہے اسکی پوشش نیچے کے دو تہائی حصہ یعنی تنفسی حصہ پر ہدبدار سرحلمہ کی ہوتی ہے۔ بالائی ایک تہائی حصہ یعنی شمی حصہ ستونی سرحلمہ سے ڈھکا ہوتا ہے اور دہلیز (vestibule) کا استر مطبق سرحلمہ کا ہوتا ہے۔ عظام مفتولہ



شکل ۲۸۔ انفی کہفہ کی بیرونی یا جانبی دیوار۔
وسطی مفتول زائدہ کا زیادہ تر حصہ فرجہ، حباب اور قمع کے فتحہ یا انفی جبہی قنات اور فکی جوف کو معرا کرنے کے لئے کاٹ دیا گیا ہے۔

(turbinate bones) اور فاصل کے زیرین دو تہائی حصہ پر یہ بہت موٹا ہوتا ہے اور انفی فرش پر عظام مفتولہ کے درمیان کے وقفہ میں یہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ جس غشائے مخاطی سے مختلف جوفوں اور مغارہ کا استر بنتا ہے وہ نمایاں طور پر پتلی اور زردی مائل ہوتی ہے۔ اس غشا میں بہت سے غدد ہوتے ہیں جو بیرونی دیوار کے زیریں اور پچھلے حصوں اور فاصل کے موخر اور زیریں حصوں پر نمایاں ترین 122
ہوتے ہیں۔ ان غدد میں بعض اوقات معتدبہ بیش پرورش ظاہر ہو جاتی ہے۔ مزید برآں ان میں ایک آبی افراز کے بہت افراط سے مہیا کرنے کی قابلیت موجود ہوتی ہے اور یہ افراز مزمن زکام کی بعض حالتوں میں جو تضرر کے بعد پیدا ہوئی تھیں اس کثرت سے پیدا ہو چکا ہے کہ اسکو غلطی سے

دماغی شوکی سیال کا سیلان تصور کیا جا چکا ہے۔ علاوہ ازیں انفی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا اور لمف آسا بافت بھی موجود ہوتی ہے۔

عظام مفتول تحتانی کے زیرین کنارے اور موخر سرے پر طبعی غشائے مخاطی اس قدر موٹی اور ڈھیلی ہوتی ہے کہ یہ ایک نرم گدی کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بعض اوقات "جسم مفتول" (turbinate body) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ کیفیت زیادہ تر ایک کثیر العروق زیر مخاطی وریدی ضفیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہے جسکے عروق کا رخ بیشتر حصہ میں مقدم موخر ہوتا ہے۔ جب اسمیں خون سے تناؤ پیدا ہو جاتا ہے تو یہ پھول کر ہڈی اور فاصل کے درمیانی فاصلہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ اور جب اسمیں مزمن التہاب واقع ہو جاتا ہے تو ناک کے بالائی حصوں کی غشائے مخاطی تہیج ہو کر مصفاتی خطہ اور وسطی مفتول ہڈی سے سعدانوں کی شکل میں لٹک پڑتی ہے۔ جو ہوا سانس سے اندر جاتی ہے وہ ناک کے کثیر العروق استری غشا پر سے گزرتے وقت گرم ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ صاف بھی ہو جاتی ہے۔ گرد اور دوسرے اڑنے والے ذرات شنجوں (conchæ) کی مرطوب سطح پر جم جاتے ہیں۔

حالتِ صحت میں اوپر کی دونوں کوشکوں کی غشائے مخاطی امراضیاتی عضویہ جات سے تقریباً مبرا ہوتی ہے۔ مگر تحتانی منفذ کو ہمیشہ سرائت زدہ تصور کرنا چاہئے۔ گو یہ اتنا سرائت زدہ نہیں ہوتا جتنا کہ منھ۔ چونکہ چھینکنے، کھانسنے اور بولنے سے منھ اور ناک سے خود عضویہ جات خارج ہوتے ہیں، اسلئے سرجنوں میں گاز کا نقاب باندھنے کا رواج ہے۔ یہ نقاب کم از کم آٹھ تہ موٹا ہونا چاہئے۔

سعدانے (polypi) اکثر ناک میں پائے جاتے ہیں۔ انکی دو قسمیں ہیں۔ ایک مخاطی یا تہیجی التہابی سعدانہ جو عام طور پر وسطی شنجہ (middle concha) کے اوپر یا نیچے
کی غشائے مخاطی سے یا مصفاتی خطہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرا لیفی یا لحمی سلعی (sarcomatous) 123
سعدانہ جسکی ابتداء عام طور پر ناک کی چھت کے یا کھوپڑی کے قاعدہ کے گرد عظمہ سے ہوتی ہے۔ موخر الذکر قسم کے سعدانے (polypi) ہر ممکن الحصول رخ میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ ناک کے بانسے کو پھیلا دیتے ہیں، انفی قنات کو بند کر دیتے ہیں اور دماع (epiphora) پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز حنک الصلب کو منخفض کر دیتے ہیں اور منھ تک چلے آتے ہیں۔ مغارہ پر حملہ کر کے رخسار کو پھیلا دیتے ہیں۔ اور نیچے کی طرف بڑھتے بڑھتے بلعوم میں چلے جاتے ہیں اور مقنعہ حنک (velum palati)

کو آگے کیطرف کو دھکیل دیتے ہیں! اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ مجرٰی کی اندرونی دیوار میں سے بھی نفوذ
کر آتے ہیں۔ ایسے سلعات کا انکشاف اور ازالہ فک فوقانی کی موخر اور اندرونی چپیدگیوں کو علیحدہ کرنے
اور اسکو آگے کی طرف موڑنے اور اسطرح انفی کہفہ کی بیرونی دیوار کو دور کر کے اس کہفہ کو معرا کرنے سے
کیا جا سکتا ہے۔ مذکورہ ہڈی کو سلعہ دور کرنے کے بعد پھر اسی جگہ قائم کیا جا سکتا ہے۔

انفی کہفہ کی رسد خون وسیع ہوتی ہے اور یہ داخلی فکی (internal maxillary)
عینی (ophthalmic) اور وجہی (facial) شریانوں سے حاصل ہوتی ہے۔ ناک سے جو مصفاتی
(ethmoidal) وریدیں آتی ہیں وہ عینی (ophthalmic) ورید میں داخل ہوتی ہیں۔ اور
بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ بچوں میں انفی وریدوں اور فوقانی طولی جوف میں سوراخ اعور
(foramen cæcum) کے راستہ سے ہمیشہ ایک ربط پایا جاتا ہے! اور بعض اوقات یہ ربط
بالغ میں بھی برقرار رہتا ہے۔ ان تعلقات سے ان جمجمی عوارض کے وقوع کی بھی کسیقدر توجیہ ہو جاتی
ہے جن پر انفی کہفہ جات کے بعض التہابی عوارض منتج ہوتے ہیں۔ ناک سے جریان خون یا **رعاف**
(epistaxis) عام طور پر واقع ہوتا ہے! اور یہ اکثر ایک شدید عارضہ ثابت ہوتا ہے! اسکی کثرتِ وقوع
کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ غشائے مخاطی کثیر العروق اور ڈھیلی ہوتی ہے اور نیز وریدیں خاصکر وہ جو
سب سے نیچے کی (فکی : maxillary) مفتول ہڈی پر پائی جاتی ہیں وسیع ضفیرہ جات کی شکل اختیار
کر لیتی ہیں اور ان سے ایک قسم کی ایک کہفکی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا رعاف (epistaxis)
اکثر وریدی دوران میں خلل آنے سے پیدا ہوتا ہے جیسا کہ ان عنقی سلعات کے موجود ہونے کی حالت
میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ ڈالتے ہیں اور سعال دیکی کے دوروں میں اور علیٰ ہذا دوسرے
عوارض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رعاف میں بازو اوپر اٹھانے سے جو مفید اثر ظاہر ہوتا ہے اسکے 124
متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صدر اسطرح اور زیادہ پھیل جاتا ہے اور عنقی وریدوں پر تنفسی اثر
کو عمل کرنے کا موقع ملجاتا ہے۔ جریان خون بعض اوقات مفرط ہوتا ہے اور بہت دیر تک موجود رہتا
ہے۔ کئی ایک مثالوں میں نزف مہلک بھی ثابت ہوا ہے۔ جریان خون کے مقام کا بعد الموت امتحان
پر بھی معلوم کرنا اکثر آسان نہیں ہوتا۔ بہت سی حالتوں میں جریان خون کا مقام فاصل پر انفی شوکہ
سے ½ انچ اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔

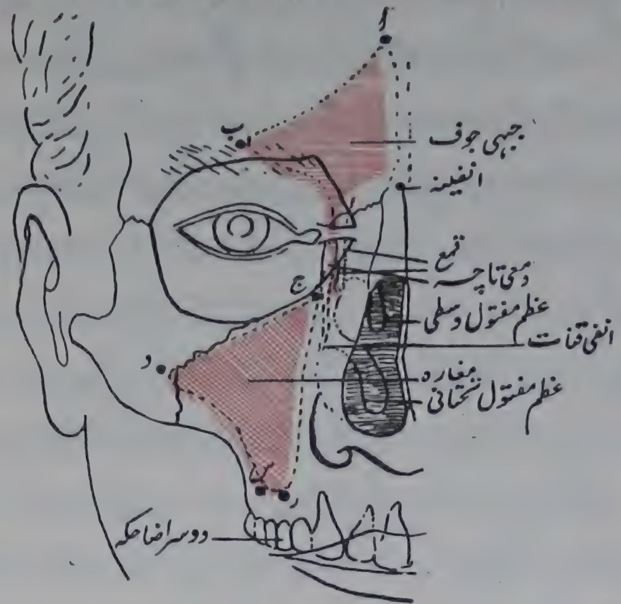
ان حصوں کی **عصبی رسد**۔ شمی عصب (olfactory nerve) اور پانچویں عصب کی

پہلی اور دوسری قسمتوں سے آتی ہے۔ خراش آور اشیا کے نتھنوں میں داخل کرنے سے جو تدمّع اکثر پیدا ہوتا ہے اسکی توضیح اس امر سے کیجاسکتی ہے کہ اس کہفہ کے کچھ حصہ کو انفی عصب جو عینی تنے (ophthalmic trunk) کی ایک شاخ ہے بکثرت رسد پہنچاتا ہے۔ عصبی قوت کے سمت مخالف میں منتقل ہونے کی مثال ان حالتوں میں دیکھی جاسکتی ہے جنہیں آنکھوں پر سورج کی تیز روشنی پڑنے سے چھینکیں آنے لگتی ہیں۔ جن تکلیفوں مثلاً کھانسی اور تشعبتی دمہ میں مراکز تائیہ (vagal centers) پر اثر ہوجاتا ہے وہ انفی کہفہ جات کے عوارض کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں؛ اور ان تکلیفوں سے تحتانی شخبہ کے اوپر کی غشائے مخاطی کی کَیّ (cauterization) اور تعدیم حس (anæsthetisation) سے نجات حاصل کیجاچکی ہے۔ شمی اعصاب (olfactory nerves) اس کہفہ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں موجود ہوتے ہیں اسلیئے ارادۃً سونگھنے میں آدمی ناک کے راستہ سے ہوا زور سے اندر کو کھینچتا ہے اور نتھنوں کو متسع کرلیتا ہے۔ جبھی شلل میں نتھنوں کو پھیلانے کی عدم استطاعت سے شامہ کے جزوی فقدان کی جو بعض اوقات ایسے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے توجیہ ہوسکتی ہے۔ سر کی چوٹ سے پیدا شدہ عدم الشّامّہ (anosmia) یا نقصان شامہ بعض اوقات شمی عصبی ریشوں کے اس مقام پر پھٹ جانے سے ظہور پذیر ہوتا ہے جہاں یہ غربالین سوراخوں (cribriform foramina) میں سے گزرتے ہیں۔ شمّی جڑیں عظم وتدی کے اجنحہ صغیر کی کور پر سے گزرتی ہیں اور اسلیئے پیشانی کے بل گرنے میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ شمی مرکز ہپوکمپی تزرید (hippocampal gyrus) میں واقع ہوتا ہے۔

انفی حفرہ جات کے **عروق لمف** پس بلعومی غدد میں داخل ہوتے ہیں جو بلعوم 125
کے پیچھے عضلہ مستقیمہ راسیہ کبیر مقدم (rectus capitis anterior major) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ اسلیئے جیسا کہ فرینکل (Frænkel) نے بیان کیا ہے "پس بلعومی خراج ناک کے مرض سے نتیجۃً پیدا ہوسکتا ہے۔" دوسرے عروق لمف زیر فکی، نکفی، اور بالائی عمیق عنقی لمفی غدد میں جاتے ہیں۔ مزید برآں ناک کے عروق لمف اسحیہ کے عروق لمف سے بھی غربالین صحفہ (cribriform plate) کے راستہ سے ربط رکھتے ہیں۔

انفی اجواف (nasal sinuses) زمانۂ حال میں ناک کے معین اجواف کی

تشریح اور انکے تعلقات کا علم سرجن کے لئے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہوگیا ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں جن موضوعات کا امتحان کمرہ تقطیع میں کیا جاتا ہے انمیں سے تقریباً ۱۵ فیصدی میں ان اجواف میں سے ایک یا دو اجواف کا مرض پایا جاتا ہے۔ سر سینٹ کلیر تھامسن (Sir St. Clair Thomson) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ معمر اشخاص میں ۳۰ فیصدی میں وتدی جوف



شکل ۲۹۔ جبہی اور فکی اجواف کی سطحی ترسیم۔

ا انفینہ سے ½ اوپر۔ ب فوق محجری حاشیہ پر وسطی اور بیرونی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر۔ ج زیر محجری حاشیہ پر دمعی تاچہ کی بیرونی طرف پر۔ د عارضی فراز کے مرکز پر محجر کے بیرونی حاشیہ کی سیدھ میں۔ م دوسرے مقدم طاحنہ پر۔ س آخری طاحنہ پر۔ ا اور ب اور انفینہ جبہی جوف کے سطحی محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ اور ج، د، م، س فکی جوف کے سطحی محل کو۔

مرض کا محل ہوتا ہے معین اجواف ـــ فکی، جبہی، وتدی اور مصفاتی ـــ کی مجموعی گنجائش انفی کہفہ کی دو چند گنجائش سے زیادہ ہوتی ہے (براؤن : Braune)۔ انکے فوائد کی اطمینان بخش توضیح نہیں کیجا سکی، سوائے اسکے کہ یہ وزن میں زیادتی کئے بغیر چہرہ کے حجم میں اضافہ کرتے ہیں۔ جیسا کہ ڈاکٹر جیمز ایڈم (Dr. James Adam) کا خیال ہے یہ شہیق کی ہوا کو گرم کرنے اور مرطوب بنانے میں مدد دیتے ہیں۔

جبہی جوف (frontal sinus) کی جسامت اور شکل نہایت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ شکل ۲۹ میں جو سطحی نشاندہی ظاہر کیگئی ہے اس سے اسکا اوسط نمو ظاہر ہوتا ہے جو بالغوں میں

پایا جاتا ہے۔ جبہی انفی قنات کا فتحہ یا قمع شکل ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عظیم الجم جبہی اجواف کے ساتھ یہ ضروری نہیں کہ مقطب (glabella) اور فوق ہدبی فرازات (superciliary eminences) کے اوپر بڑے بڑے خارجی ارتفاعات بھی موجود ہوں۔ بعض اوقات ایک جوف دوسرے جوف کے صرف پر زیادہ نمو پالیتا ہے۔ اور درمیانی فاصل اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور یہ اوپر سے نیچے کی طرف کو ایک ترچھے رخ میں واقع ہوتا ہے۔ دایاں جوف اکثر اوقات زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ جبہی جوف



شکل ۳۰ جبہی جوف کی شکل اور اسکے ان تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو مجحر کی چھت سے ہیں۔ مزید برآں یہ فکی مغارہ کی شکل کو بھی ظاہر کرتی ہے۔

کی شکل جیسا کہ پیش پسیں تراش (شکل ۳۰) میں دکھائی دیتی ہے حرف ایل (L) کی سی ہوتی ہے۔ اسکا افقی جارحہ
مجحر کی چھت کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ امر ان عملیہ جات کے سلسلہ میں جو اسکی مزمن عفونت کی حالت
میں اسکو مسدود کرنے کیلئے تجویز کئے گئے ہیں اہمیت رکھتا ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ اجواف
126 بڑے ہوتے ہیں۔ ۹ فیصدی واقعات میں یہ ایک طرف اور ۷ فیصدی میں دونوں طرف بھی غائب
ہوتے ہیں (لاگن ٹرنر: Logan Turner)۔ یہ ظاہر ہے کہ جبہی جوف پر منخفض کسر جمجمی کہفہ کو
نقصان پہنچائے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جوف کے گاڑھے مشمولات کو غلطی سے یہ
127 تصور کرلیا گیا ہے کہ بھیجا نکل گیا ہے۔ چونکہ اجواف کو ناک کے ساتھ ربط وراہ حاصل ہے اسلئے

دیوارِ جوف کے کسر سے بعض اوقات بہت سا نفاخہ (emphysema) پیدا ہوجاتا ہے۔ گاہے گاہے ان کہفہ جات میں حشرات۔ سروے (larvæ) اور دیدان (maggots) بھی پائے گئے ہیں۔

سن طفولیت کی ابتدا میں جبہی جوف صرف ایک غنچہ سی یا ایک ناقص النمو ساخت ہوتی ہے۔ تقریباً چھٹے سال میں غشائے مخاطی کا یہ غنچہ فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے کے قرب وجوار سے 128
بڑھنا شروع ہوجاتا ہے۔ اور اسکا بڑھتا ہوا سرا عظم جبہی کے ڈپلوئی (diploë) میں گھس جاتا ہے، اور اندرونی عظمی لوح کو بیرونی لوح سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ تقریباً پچیسویں سال میں یہ اپنی پوری جسامت کو پہنچ جاتا ہے۔ اور اس بروں بالید کی ڈنڈی جبہی انفی **قنات** (fronto-nasal duct) بنجاتی ہے یہ جوف کے موخر حصہ سے آتی ہے۔

یہ قنات ۳/۴ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور نیچے کی اور ذرا سی پیچھے کی طرف کو آکر نیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris) کے مقدم سرے پر یا اسکے قریب ہی کھل جاتی ہے فرجہ (hiatus) کے راستہ سے جبہی جوف کا افراز مغارہ (antrum) میں پہنچ سکتا ہے۔ لہٰذا جبہی جوف کے مزمن تقیح کی حالتوں میں یہ کہفہ ایک چوبچہ کی شکل میں منتقل ہوجاتا ہے (شکل ۲۸)۔ جبہی انفی قنات (fronto-nasal duct) اکثر پیچدار ہوتی ہے۔ اور وسطی مفتول لائدہ (middle turbinate process) کی چونچ کو دور کر دینے کے بعد بھی اسمیں نیچے سے کیتھیٹر گزارنا آسان نہیں ہوتا۔ لہٰذا انسداد کی حالت میں جبہی جوف پر مقطب (glabella) کے مقام پر یا مجر کے فوقانی اندرونی زاویہ پر ترفان کیا جاتا ہے (ٹلی : Tilley)۔ اور ایک سلائی نیچے کی اور کسیقدر پیچھے کی طرف کو گزار دیجاتی ہے تاکہ جوف کی سیلیت ناک میں ہو۔

مقدم مصفاتی خلیات عام طور پر جبہی انفی قنات میں کھلتے ہیں۔ اور اسلئے جبہی جوف کے ہر مرض سے یہ بالعموم متاثر ہوجاتے ہیں۔ عظم جبہی کے ڈپلوئی کی ورید (frontal diploic vein) جو فوق مجری کٹاؤ پر جبہی ورید (frontal vein) سے ملجاتی ہے جبہی جوف سے خون وصول کرتی ہے۔ جبہی تقیح کی حالتوں میں سرایت ڈپلوئی (diploë) کے ذریعہ سے عظم جبہی میں تیزی سے پھیل جاتی ہے۔ اور ایک قسم کا مخرب التہاب عظم (osteitis) اور التہاب سحایہ (meningitis) پیدا ہوجاتا ہے۔

وتدی جوف (sphenoidal sinus) فوقانی شنجہ کے پیچھے وتدی مصفاتی گوشہ میں کھلتا ہے (شکل ۲۸)۔ یہ زندگی کے اسی حصہ میں نمو پاتا ہے جسمیں کہ جبہی جوف۔ یہ گہرا

واقع ہوا ہے اور جب اسمیں مرض پیدا ہوجائے تو اس تک بہت آسانی سے رسائی نہیں ہوسکتی۔
اسمیں مزمن تقیح جو ناک کی سرائتوں سے پیدا ہوجاتا ہے اکثر پایا جاتا ہے۔ اسکی مقدم دیوار کا فاصلہ
129 جو مقابلۃً پتلی ہوتی ہے مقدم نتھنوں کے زیریں حاشیہ سے ۷ اور ۸ سنٹی میٹر کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹلی (Tilley) اس امر کا مشورہ دیتا ہے کہ وسطی عظم مفتول کے زیریں کنارے کو جوف وتدی کے فتحہ کا رہنما تصور کرنا چاہئے۔ انفی فاصل (nasal septum) بھی اس کے لئے ایک معتبر رہنما ہے۔ کیونکہ اسکا میکیمی حصہ (vomerine part) ان اجواف کی مقدم دیوار پر منتصب ہوتا ہے۔ اگر مقدم نتھنوں کے فرش سے اس نقطہ کی طرف ایک سلائی سیدھی گزار دیجائے تو یہ مذکورہ گہرائی (۷ تا ۸ سنٹی میٹر) پر اس جوف کے فتحہ پر پہنچ جائے گی۔

اس جوف کی باریک جانبی دیوار سے قریبی طور پر ملی ہوئی چند نہایت ہی اہم ساختیں ہوتی ہیں۔ کہفکی جوف اور اندرونی سباتی شریان کے علاوہ بصری عصب اور پانچویں عصب کی دوسری قسمت اس سے بالکل ملی ہوتی ہے۔ اور انکے التہاب جوف (sinusitis) میں متاثر ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۲ صفحہ 140)۔ چھت پر جسم نخامی ہوتا ہے۔ اس جسم کے سلعات بعض اوقات اس جوف پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسکی وریدیں صفاقی وریدوں میں ملتی ہیں۔ ان اجواف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ اور آسانی سے منثقب ہوجاتی ہیں جیسا کہ ایک واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے جو لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ہوا۔ ایک آدمی ٹھوکر کھا کر گرا۔ اور اسکی چھتری کا سرا ضواحک کے اوپر چہرے میں گھس گیا۔ وہ ہسپتال میں چل کر آیا اور تین دن بعد فوت ہوگیا۔ چھتری کی شام جسر (pons) میں مدفون پائی گئی۔ اور اسکا سرا فکی اور وتدی اجواف میں سے گزر گیا تھا۔

فکی جوف (maxillary sinus) **(مغارۂ ہائی مور** antrum of Highmore:) (شکل ۳۰) بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے مگر بڑھاپے میں اسکے ابعاد عظیم ترین ہوتے ہیں۔ جن افراد میں غدودہ کی شکائیت موجود رہی ہو انمیں اس جوف کی بالیدگی ناقص رہ جاتی ہے۔ اسکی سطحی ترسیمیں جو اسکے محل کو چہرے پر ظاہر کرتی ہیں شکل ۲۹ میں دیگئی ہیں۔ اس کہفہ کی دیواریں بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہیں۔

اسمیں مختلف قسم کے سلعات پیدا ہوسکتے ہیں جن سے اسکی دیواریں مختلف جہات میں متمدد ہوجاتی ہیں۔ چنانچہ بالیدہ پتلی اندرونی دیواریں سے نکلکر ناک پر حملہ کر دیتی ہے۔ اور اس

کہفہ کی چھت کو اوپر کی طرف دھکیل کر محجر پر حملہ آور ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲۷، صفحہ 117) اور یہ جوف کے فرش میں سے گزر کر منہ میں مداخلت کرتی ہے، اور جوف کی مقدم دیوار میں سے جو کسیقدر پتلی ہوتی ہے نکلکر گال میں آجاتی ہے۔ اس جوف کی دیوار کا کثیف ترین حصہ وہ ہے جو عظم العارض سے 130
علاقہ رکھتا ہے، اور یہ دبتا نہیں۔ بالیدوں کا میلان پیچھے کی طرف بڑھنے کی طرف نہیں ہوتا۔ اگرچہ یہ بعض اوقات وجنی (zygomatic) اور جنیحی فکی (pterygo-maxillary) حفرہ جات پر بھی حملہ آور ہوتی ہیں۔ چونکہ زیر محجری (infraorbital) عصب اس جوف کی چھت کے ساتھ ساتھ گزرتا ہے اور اوپر کے دانتوں کے اعصاب بھی اسکی دیواروں سے تعلق رکھتے ہیں اسلئے اس سے پیدا شدہ بالیدوں کا دباؤ ان ساختوں پر پڑتا ہے، اور اسطرح چہرہ اور دانت کا وجع العصب پیدا ہوجاتا ہے۔

تشریحی نقطۂ نگاہ سے مغارہ کی سیلیت یا اسکا استقصاء یا تو دوسرے ضاحکہ کے اوپر سے جہاں ہڈی پتلی ہوتی ہے ایک مخاطی گرد عظمی دامن معکوس کر لینے کے بعد سوراخ کر دینے سے یا ایک ڈاڑھ نکال کر اسکے سوراخ کو جو مغارہ میں رہ جاتا ہے بڑا کر دینے سے کیا جا سکتا ہے، اس لئے کہ ڈاڑھوں کے اور خاصکر دوسری ڈاڑھ کے اندرونی سنخات یا تو جوف کے کہفہ میں پہنچے ہوتے ہیں یا یہ اسکے بہت قریب ہوتے ہیں۔ مگر مزاولت جراحی میں انمیں سے کوئی بھی طریقہ اختیار نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اسطرح مغارہ اور منہ کے درمیان جو جراثیم سے معمور ہوتا ہے ربط پیدا ہوجانے سے قبل الذکر میں مخلوط سرائت ضرور پیدا ہوجاتی ہے، اور اسطرح مغارہ کا مرض برقرار رہتا ہے۔ چونکہ منہ کی نسبت ناک میں بہت کم امراضیاتی خرد عضویہ جات موجود ہوتے ہیں اسلئے سیلیت کے راستہ کے لئے اسی کا انتخاب کرنا چاہئے۔ مزید برآں اس طریقہ سے قیحی مادہ نگلا نہیں جاتا اور سانس کے ساتھ اندر نہیں جاتا، مگر منہ میں سیلیت کرنے کی حالت میں اس سے احتراز نہیں کیا جا سکتا، جبکہ یہ ایک جز ولاینفک ہے۔ اگر ناک میں سے مغارہ میں کو چالگانا ہو تو انفی منظار داخل کرنے کے بعد ایک مبزل (trocar) تحتانی عظم مفتول کے نیچے سے اسکے طول کے وسط پر زیر نظر گزارنا چاہئے، اور اسکے جسیدہ و قاعدہ کے نیچے جتنا اونچا ممکن ہو لیجانا چاہئے۔ یہاں پر ہڈی بہت پتلی ہوتی ہے، اسلئے مبزل تیزی کے ساتھ بھونک دینے سے مغارہ کے کہفہ کے اندر چلا جائیگا۔

یہ جوف اپنے مقدم اور بالائی حصہ پر اکثر جبہی جوف سے بھی ربط رکھتا ہے۔ شکل ۲۷ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مغارہ جات حنک (palate) کے لیول سے بھی نیچے اتر جاتے ہیں، اور ان کی

131 میسلیت ایسے فتحہ سے جو حنک کے لیول کے اوپر بنایا جائے بخوبی نہیں ہو سکتی۔ لہذا ناک میں ان کی موثر طور پر میسلیت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ جو سوراخ مذکورہ سابقہ طریقہ سے مبزل (trocar) سے کیا جائے اسکو بڑا کر کے نیچے کی طرف کو بڑھا دیا جائے۔

فکی جوف کا فتحہ شکل ۲۷ و ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ اس کہفہ کی چھت کے لیول پر ہوتا ہے۔ لہذا اگر اس کہفہ میں پیپ موجود ہو تو اسکی میسلیت صرف اسی حالت میں سب سے زیادہ ہوگی جبکہ سر کو پھیر کر اس حالت میں رکھا جائے کہ ماؤف کو شک سب سے اونچی رہے۔ جب سر آگے کی طرف کو جھکا ہو تو وتدی جوف نہایت آسانی سے خالی ہو جاتا ہے۔ اور جبھی جوف اس وقت خالی ہوتا ہے جبکہ سر پیچھے کیطرف کو ڈالدیا جائے۔ اگر تحتانی منفذ بڑا ہو یا نابی حفرہ (canine fossa) زیادہ واضح ہو تو اس مغارہ کا کہفہ چھوٹا ہوتا ہے۔

ان اجواف کے عروق لمف کی میسلیت پس بلعومی غدد میں ہوتی ہے۔ ایک موقع پر گرنے سے اوپر کا ایک دانت مغارہ میں بالکل گھس گیا تھا اور نظر سے غائب ہو گیا تھا۔ ایک واقعہ میں ایک بالائی ثنیہ اس حادثہ کے ساڑھے تین سال بعد جس سے یہ اندر گھس گیا تھا مغارہ میں آزاد پایا گیا۔

132

باب ہفتم

چہرہ

(Face)

چہرہ کے جن حصوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے انکے علاوہ دوسرے حصوں کا بیان مندرجۂ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائیگا۔

۱۔ چہرہ عمومی حیثیت سے .
۲۔ خطہ نکفیہ (parotid region)۔
۳۔ اوپر اور نیچے کے جبڑے اور انکے متعلقہ حصے ۔

لبوں کا ذکر کہفۂ دہن کے ساتھ آئیگا (باب ہشتم)۔

چہرہ عمومی حیثیت سے

چہرہ کی **جلد** پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ مگر اس میں دُہنی اور عرقی غدد بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے اسپر اکثر کیل (acne) نکل آتے ہیں۔ جلد کے پتلے ہونے اور کثیف ردائوں کے نہ پائے جانے کی وجہ سے وجہی خراجات کا منہ بالعموم جلد ہی بنجاتا ہے اس لئے یہ شاذونادر ہی بڑی جسامت اختیار کرتے ہیں۔

چہرہ کی **زیر جلدی خلوی بافت** نازک اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اور پھیلنے والی درریزشوں سے بآسانی ماؤف ہو جاتی ہے۔ لہذا التہاب کی حالت میں بعض اوقات بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے اور عمومی استسقاء میں چہرہ کی اور خاصکر نیچے کے پپوٹوں کی ڈھیلی بافت کی پھولن ایک نمایاں اور ابتدائی مظہر ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ٹھڈی کے اوپر کی جلد خاص طور پر بستہ ہوتی ہے، اور نیچے کے حصوں سے منضم ہوتی ہے، اور بہت سے لحاظات میں یہ چاندلی کی جلد سے بہت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔

وہی بافتوں کی حرکت پذیری چہرہ کو اس قابل بنا دیتی ہے کہ اسپر ترقیعی عملیہ جات کامیابی سے کیئے جاسکیں! ور انکی کثرت عروق کی وجہ سے سریع اور مکمل اندمال بالعموم یقینی ہوتا ہے۔

133 شحمی سلعات چہرہ پر شاذونادر ہی ظہور پذیر ہوتے ہیں، اگرچہ اسکی زیر جلدی بافت میں بہت سا شحم موجود ہوتا ہے۔ اور فی الحقیقت معلوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سلعات اس خطہ سے احتراز کرتے ہیں۔ چنانچہ ڈینے (Denay) نے ایک آدمی کے متعلق اطلاع دی ہے جسکے جسم پر ۲۱۵ شحمی سلعات تھے مگر چہرہ پر ایک بھی نہیں تھا لیکن پیشانی پر شحمی سلعات قلیل الوقوع نہیں۔

چہرہ پر بعض قروح مثلاً قارض (rodent) اور ذئبی قروح (lupus ulcers) کے پیدا ہونے کا خاص امکان ہوتا ہے! ور اس پر قابچہ خبیث (malignant pustule) (جمرہ anthrax:) کا حملہ نہایت کثرت سے ہوتا ہے۔

چہرہ پر بعض **ارتفاعات** موجود ہیں، مثلاً ٹھڈی۔ عظم خدی اور پیشانی۔ ان پر کسی کند آلہ سے چوٹ لگنے یا انکے بل گرنے سے ایسا زخم پیدا ہو سکتا ہے جسکے کنارے صاف طور پر کٹے ہوتے ہیں! ور یہ زخم بعینہٖ ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ اسطرح چاندلی پر پیدا ہوتا ہے۔

عظم العارض (malar bone) اسقدر محکم ہوتی ہے اور اسکے تعلقات جمجمہ سے اسقدر بلا واسطہ ہوتے ہیں کہ اسپر زور سے چوٹ لگنے سے ارتجاج (concussion) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی نازک ہڈیوں پر متمکن ہوتی ہے اسلئے اسمیں کسر شاذونادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ فی الحقیقت فک (maxilla) میں گھس جاتی ہے اور اس ساخت میں وسیع کسر پیدا کر دیتی ہے اور خود اسے کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ عظم عارضی کے کسر سے بعض اوقات محجر کا کدم (ecchymosis) پیدا ہو جاتا ہے جو اسی کدم سے مشابہ ہوتا ہے جو کھوپری کے

قاعدہ کے کسر میں پایا جاتا ہے۔

رسد خون۔ جبہی بافتیں بہت کثیر العروق ہوتی ہیں ! ور شریانچوں میں شارکی عرق حرکی اعصاب کی رسد جو فوقانی عنقی عقدہ سے آتی ہے خاص طور پر افراط سے موجود ہوتی ہے۔ لہذا جذبہ کی حالتوں میں چہرہ آسانی سے سرخ بھی ہوجاتا ہے اور نیز اسکی رنگت بھی اڑ جاتی ہے۔ شراب خوار اشخاص میں اور ان لوگوں میں جو سردی میں زیادہ رہتے ہوں در رسد و دورانِ خون کے مریضوں میں جنھیں انسداد خواہ قلبی عرقی تغیرات سے پیدا ہوا ہو یا بعض جلدی امراض سے جلدی جذیرے اکثر مستقل طور پر محتقن رہتے ہیں۔ وحمات (nævi) اور مختلف اقسام کے ناعظ سلعات چہرہ پر عام طور پر نمودار ہوجاتے ہیں۔ رسد خون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے چہرہ کے زخموں سے اگرچہ انکے لگنے کے وقت جریان خون بکثرت واقع ہوتا ہے مگر یہ بے نظیر سرعت سے ٹھیک ٹھیک طور پر مندمل بھی ہوجاتے ہیں۔ لہذا ایسے زخموں کے کناروں میں اول اول ہی صحیح صحیح مطابقت پیدا کردینے سے ندبہ کی زیادہ پیدائش کے بغیر ہی بالعموم مکمل اندمال واقع
ہوجاتا ہے۔ جلد کے وسیع دامنوں کی حیویت جو دریدہ زخموں میں جلد کے پھٹنے سے بچ جاتے ہیں 134
تقریباً اسی طرح ہی نمایاں طور پر قائم رہتی ہے جسطرح کہ چاندلی کے اسی قسم کے دامنوں کی۔ چہرہ کے وسیع ضررات جنمیں بہت سی ساخت ضائع ہوگئی ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ پر مندمل ہوجاتے ہیں، جیسا کہ ان ترقیمی وجہی عملیہ جات سے ظاہر ہوتا ہے جو جنگ عظیم کے زخمیوں پر کئے گئے تھے۔

وجہی شریان کے نبضانات جبڑے کے زیریں کنارے پر جہاں یہ عضلہ مضغیہ (messeter muscle) کے مقدم کنارے کے عین سامنے سے گزرتی ہے بہترین طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہاں یہ صرف جلد اور عضلہ منتشرہ (platysma) سے ہی پوشیدہ ہوتی ہے ! ور ہڈی پر بآسانی مضغوط کیجاسکتی ہے اور اسپر بندش بھی لگائی جاسکتی ہے ! اس شریان کے تفممات چہرہ پر اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ اسکو کاٹنے کے بعد دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

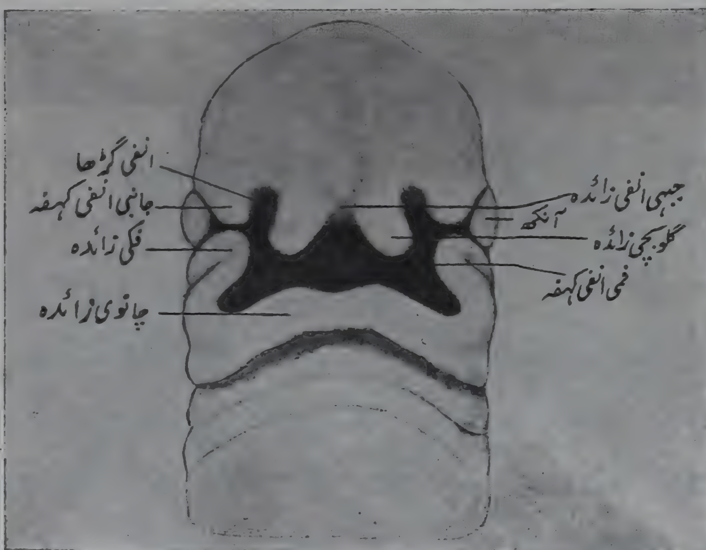
وجہی ورید شریان کے ساتھ صرف جبڑے کے زیریں کنارے پر ہی ملی ہوتی ہے۔ اور چہرہ پر یہ اس سے معتدبہ فاصلہ پر ہوتی ہے۔ یہ ورید اتنی ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی جتنی کہ اکثر سطحی وریدیں ہوتی ہیں۔ کاٹنے کے بعد یہ زیادہ منفتح رہتی ہے۔ اسمیں مصاریع نہیں ہوتے'' اور ایک سرے پر یہ کہفکی جوف سے بلاواسطہ طور پر ربط رکھتی ہے' اور دوسرے پر گردن میں اندرونی سباتی ورید سے۔

مزید برآں یہ درون جمجمی وریدوں سے بھی ربط رکھتی ہے اگر یہ اتنا براہ راست نہیں ہوتا۔ اور یہ ربط یوں ہوتا ہے :- وجہی ورید عمیق وجہی ورید (deep facial vein) کو وصول کرتی ہے جو جناحی ضفیرہ سے آتی ہے ! اور یہ ضفیرہ کھفی جوف سے چند چھوٹی چھوٹی وریدوں کے ذریعہ سے جو سوراخ بیضوی (foramen ovale) اور سوراخ دریدۂ وسطی (foramen lacerum medium) کی لیفی بافت میں سے گزرتی ہیں ربط رکھتا ہے۔ جبہی ورید کے ان تعلقات سے چہرہ کی بعض التہابی سرائتوں سے موت واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے۔ چنانچہ چہرہ کے شب چراغ (carbuncle) یا کسی دوسری منتشر اور عمیق التہابی حالت سے (جو خاصکر بالائی لب کی ہو اور جناحاالانف کے قرب وجوار میں ہو) دماغی اجواف میں بعض اوقات مہلک علقیت پیدا ہوجاتی ہے۔

چہرے کے نمو

چہرے کے نمو کا حوالہ دینے سے پانچویں عصب کی تقسیم اور بعض غیر طبعی حالتوں مثلاً خرگوشی لب (hare-lip) کبر الفم (macrostoma) وغیرہ کی توضیح میں مدد ملے گی۔ یہ پانچ
135 زائدوں سے نمو پاتا ہے۔ ایک وسطانی یا جبہی انفی (fronto-nasal) جو ہر ایک طرف موجود ہوتا ہے اور ایک فکی (maxillary) اور ایک جانوی (mandibular)۔ جبہی انفی زائدہ پر دو چھوٹے چھوٹے جانبی ارتفاعات پیدا ہوجاتے ہیں جو گلو بچہ نما زائدے کہلاتے ہیں! انکے درمیان ایک مثلث رقبہ یعنی انفی میدان (nasal field) ہوتا ہے! اس سے آئندہ چلکر ناک کا بانسا طیار ہوتا ہے۔ ہر ایک گلو بچہ نما زائدہ (processus globularis) کیجانب پر ایک نشیب یعنی انفی گڑھا (nasal pit) ہوتا ہے! اسطرح جبہی انفی زائدہ (fronto-nasal process) تین حصوں پر تقسیم ہوجاتا ہے یعنی دو جانبی انفی زائدے اور ایک وسطانی زائدہ جسپر دو گلو بچہ نما یا وسطانی انفی ارتفاعات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑھتے بڑھتے سلاخوں کی شکل اختیار کرلیتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور فکی زوائد سے متحد ہوجاتے ہیں جیسا کہ شکل ۳۱ و ۳۲ میں ظاہر کیا گیا ہے ! انفی میدان (nasal field) مرتفع ہوجاتا ہے ! اور اسکے بالائی حصہ سے ناک کی پشت طیار ہوتی ہے اور اسکا زیریں حصہ بڑھتے بڑھتے انفی فاصل کا ستونچہ (columella) بنجاتا ہے۔ لب کا نثرہ (philtrum) اور پیش فک (premaxilla) گلو بچہ نما زائدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ وسطی خط پر متحد ہونے سے بنتے ہیں۔ اسکے بعد چہرہ پہلے جانوی زائدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے اور پھر ہر ایک طرف فکی زائدہ کے جانہ اور جبہی انفی زائدہ کے کچھ حصوں کے ملنے سے مکمل ہوجاتا ہے۔ فک اور جانبی انفی زائدہ کے مقام اتصال سے جناحاالانف (ala nasi) طیار

ہوتے ہیں ۔ نثرہ (philtrum) (جو گلو بچہ نما یا وسطانی انفی زائدوں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے) اور فک کے عدم اتحاد سے جانبی خرگوشی لب (lateral hare-lip) پیدا ہو جاتا ہے۔ اور ناک اور فک کے نہ ملنے سے وجہی درز (facial cleft) پیدا ہو جاتی ہے ۔ اور فک اور چانہ کے غیر مکمل اتحاد سے کبر الفم (macrostoma) پیدا ہوتا ہے۔ اگر جبہی انفی زائدہ (fronto-nasal process) کا نمو واقع نہ ہو تو سائیکلوپس (cyclops) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے اسکے ساتھ پانچویں عصب کی ایک شاخ یعنی انفی عصب آتا ہے ۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت فکی زائدہ کا عصب ہے اور



شکل ۳۱ - ۸ ملی میٹر مضغہ کا چہرہ۔
(ہس His اور مک میوریچ McMurich کے مطابق)۔

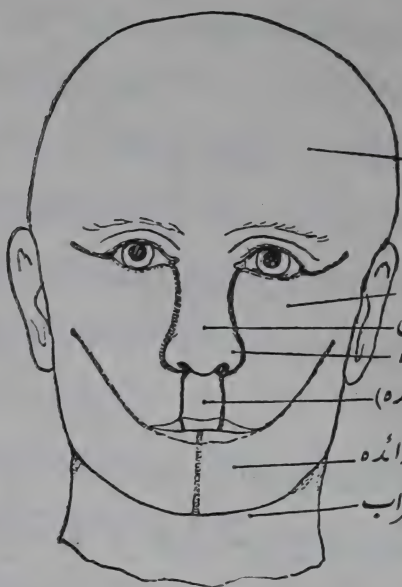
تیسری قسمت چانوی زائدہ کا۔

عصبی رسد ۔ چہرہ پر اعصاب بکثرت پائے جاتے ہیں پانچواں عصب حسی
اور جبہی عصب حرکی ہے (شکل ۲ صفحہ 11) ۔ چہرہ پر کثیر التعداد عصبی ریشوں کے موجود ہونے اور 136
پانچویں عصب کے وسیع حسی نوات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چہرہ پر شدید خراش آور عوامل کے اثر کرنے سے ایک وسیع عصبی فعل کے ظہور پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۴ صفحہ 143) ۔ ڈاکٹر جارج جانسن (Dr. George Johnson) ایک واقعہ کا ذکر کرتا ہے جسمیں رخسار کے ایک ندبہ میں چقماق کے ایک ٹکڑہ کے مدفون ہونے سے وجہی وجع العصب (facial neuralgia) اور وجہی شلل (facial

paralysis) اور فک بستگی (trismus) پیدا ہو گئے تھے اور صرع کے حملے عود کر آئے تھے۔

ا- حسی رسد

پانچواں یعنی سہ توامی (trigeminal) عصب جسر (pons) کی



شکل ۳۲ چہرہ کے ان حصوں کو ظاہر کرتی ہے جو انفی فکی اور چانوی زائدوں سے بنتے ہیں۔
(From Keith's "Human Embryology and Morphology")

تحتانی سطح سے نکلتا ہے اور اسکی دو جڑیں ہوتی ہیں جنمیں سے ایک بڑی حسی ہوتی ہے اور دوسری چھوٹی حرکی۔ یہ جڑیں آگے اور باہر کی طرف کو بڑھکر کھوپڑی کے موخر حفرہ میں چلی جاتی ہیں۔ اور خیمۃ الدمیغ (tentorium cerebelli) کے عین نیچے اور جس مقام پر یہ عظم حجری کے بالائی زاویہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اسکے قریب ہی ام جافیہ کو منثقب کرتی ہیں۔ داخلی سمعی منفذ اور اس لیے 137
ساتواں اور آٹھواں عصب بھی موخر حفرہ سے باہر نکلنے سے عین پہلے انکے نیچے اور پیچھے ہوتے ہیں۔ لہذا دمیغ کے پیش زیرین حصہ پر جو سلعات پیدا ہوتے ہیں انکے دباؤ کے سہ توامی (trigeminal) عصب کی جڑوں پر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے، جو کسیقدر وجع العصب اور کم حسیت (hypo-æsthesia)

اور ناقص ملتحمی معکوسہ (conjunctival reflex) کا باعث ہوتا ہے۔ گو یہ حالتیں اتنی شدید نہیں ہوتیں جتنی کہ صادق سہ توامی وجع العصب میں ہوتی ہیں۔

ام جافیہ کو منثقب کرنے کے بعد جڑیں غار میکل (cave of Meckel) میں داخل ہوجاتی ہیں۔ یہ غار ام جافیہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے اور عظم حجری کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر حسی جڑ پھیل کر نیم قمری (semilunar) یعنی گیسری (Gasserian) عقدہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ اور حرکی جڑ اس عقدہ کے نیچے سے آگے بڑھ جاتی ہے اور پھر اس عصب کی تیسری یعنی جانوی قسمت سے متحد ہوجاتی ہے۔ 138

میکل کے غار کے نیچے ہڈی کے اس صحفہ میں جس سے قنال سباتی کی چھت عظم حجری کے راس کے قریب بنتی ہے ایک نشیب ہوتا ہے۔ سرجن کے لئے اس امر کا خیال رکھنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ شاذ شاذ حالتوں میں ہڈی کا یہ صحفہ غائب بھی ہوتا ہے۔

دوسرے قریبی علاقہ جات جنکو گیسری (Gasserian) عقدہ پر عملیہ کرتے وقت ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے مندرجہ ذیل ہیں:-

(۱) عقدہ کی اندرونی طرف پر **کہفکی جوف** کا موخر حصہ ہوتا ہے۔

(۲) باہر کی طرف **وسطی سحائی شریان** ہوتی ہے۔ اور اس عقدہ تک باہر کیطرف سے رسائی کرتے وقت اس عرق کو سوراخ شوکی (foramen spinosum) میں کوئی موزوں چیز ٹھونس دینے سے مسدود کردیا جاتا ہے۔

(۳) اوپر کی اور باہر کیطرف **صدغی وتدی لختہ** (temporo-sphenoidal lobe) ہوتا ہے۔

یہ عقدہ نیم قمری ہوتا ہے۔ حسی جڑ مقعر وسطانی جانب پر داخل ہوتی ہے۔ اور عصب کی تینوں قسمتیں جانبی محدب طرف سے نکلتی ہیں۔ ان قسمتوں میں سے ہر ایک کے ساتھ ساتھ ام جافیہ کی ایک نلی جاتی ہے جو غار میکل (cave of Meckel) کی دیواروں سے نکلتی ہے۔ **عینی** (ophthalmic) یا پہلی قسمت کہفکی جوف کی بیرونی دیوار میں داخل ہوجاتی ہے۔ اور فوقانی محجری یا وتدی شقاق کے قریب انفی، دمعی اور جبہی تین شاخوں میں تقسیم ہوجاتی ہے۔ کہفکی جوف میں تیسرا محرک العین (oculo-motor) عصب اور چوتھا بکری (trochlear) عصب اسکے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔

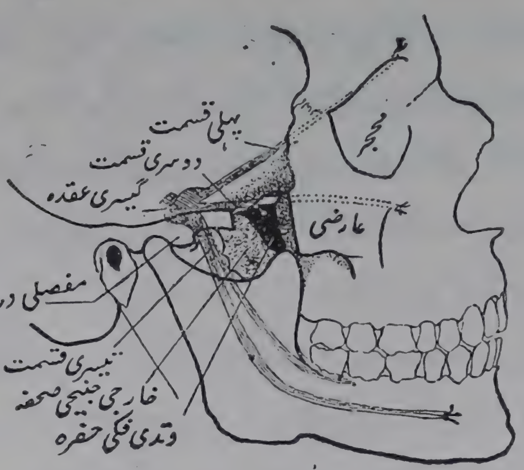
فکی (maxillary) یا دوسری قسمت حفرہ وسطی میں سے گزرتی ہوئی جوف کہفکی کے زیریں یا حصہ کے قریب سے آگے کیطرف کو چلی جاتی ہے! اور کھوپڑی میں سے سوراخ مدور (foramen rotundum) میں سے باہر نکلکر جنیجی حنکی حفرہ (pterygo-palatine fossa) اور تحتانی محجری (inferior orbital) یاوتدی فکی (spheno-maxillary) شقاق میں سے گزرجاتی ہے! اور پھر تحتانی محجری قنال میں داخل ہوکر چہرہ پر تحتانی محجری سوراخ پر نکل آتی ہے۔ پہلی قسمت کی طرح یہ بھی بالکل حسی ہوتی ہے۔

چانوی یا تیسری قسمت سوراخ بیضوی (foramen ovale) میں سے باہر نکلتی ہے۔
139 یہ زیادہ تر حسی ہوتی ہے۔ مگر اسمیں مضغی عضلات، چانی لامی (mylo-hoid) عضلہ اور دوشکمی عضلہ (digastric) کے مقدم شکم کی رسد کے لئے حرکی ریشہ جات موجود ہوتے ہیں۔ پانچویں عصب کی قسمتوں کے ذریعہ سے جو رقبہ جات حسی رسد پاتے ہیں وہ شکل ۲ صفحہ 11 میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

فوق محجری اور زیر محجری اور ذقنی سوراخوں کے محلات مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق محجری سوراخ فوق محجری حید کے اندرونی اور وسطی ثلثوں کے مقام اتصال پر پایا جاتا ہے۔ اس نقطہ سے اگر ایک سیدھا خط نیچے کیطرف کو ہر ایک جبڑے کے دونوں ضواحک کے درمیانی وقفہ پر سے گزرتا ہوا کھینچا جائے تو یہ زیر محجری اور ذقنی سوراخوں کو کاٹتا ہوا گزریگا۔ زیر محجری سوراخ محجر کے حاشیہ کے نیچے $\frac{1}{4}$ انچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ ذقنی سوراخ بالغوں میں جو فیزہ اور جبڑے کے زیریں کنارے کے وسط پر واقع ہوتا ہے! اور زیریں لب اور جبڑے کے درمیان غشائے مخاطی کا جو تہ انبان ہوتا ہے اس سے نیچے $\frac{1}{4}$ انچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سن بلوغ میں یہ سوراخ فک کے زیریں کنارے کے زیادہ قریب ہوتا ہے اور بڑھاپے میں یہ جوفیزہ کے پاس ہوتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے ذقنی سوراخ میں کوئی انشراب کرنا مقصود ہو تو سوئی داخل کرتے وقت اسکا میلان ذرا نیچے اور آگے کیطرف کو رکھنا چاہیئے۔ کیونکہ سوراخ کے نزدیک ہی قنال غیر متوقع طور پر اوپر اور پیچھے کیطرف کو مڑجاتی ہے۔

زیر محجری عصب ورح العصب میں اُس مقام پر کاٹ دیا گیا ہے جہاں یہ چہرہ پر نکلتا ہے۔ اس تک یا تو خارجی شگاف سے رسائی کیجاتی ہے اور یا رخسار اٹھا کر منہ کے اندر سے۔ بعض حالتوں میں محجر کا فرش معرا کیا جاچکا ہے اور زیر محجری قنال (جس کے مقدم

نصف کی چھت عظمی ہوتی ہے) کھول دیگئی ہے! ور اسطرح اس عصب کے تنے کے بڑے بڑے حصے کاٹ کر علٰحدہ کردئے گیۓ ہیں۔ **وتدی حنکی** (spheno-palatine) عقدہ (**عقدۂ میکل** Meckel's ganglion :) کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت کے وجع العصب کی تسکین کے لئے اکثر کاٹ کر علٰحدہ کردیا گیا ہے۔ رخسار کے سامنے کے حصہ سے جلد کا ایک مثلث دامن کاٹ کر اوپر کیطرف کو الٹا دیا جاتا ہے۔ اور زیر محجری سوراخ معرا کرلیا جاتا ہے۔ مغارہ کی مقدم دیوار ترفان کے ذریعہ سے کھول لیجاتی ہے اور زیر محجری میزاب کے فرش سے ہڈی کاٹ دیجاتی ہے۔ اسطرح اس قنال میں جو عصب موجود ہوتا ہے



شکل ۳۳۔ پانچویں عصب کی دوسری اور تیسری قسمتوں کی سطحی ترسیم۔

140 وہ اچھی طرح سے سامنے آجاتا ہے۔ اس عصب کا تعاقب پیچھے کیطرف کو مغارہ کی موخر دیوار تک کیا جاتا ہے۔ اس دیوار میں بذریعہ ترفان سوراخ کرنے سے وتدی فکی (spheno-maxillary) (جنیحی حنکی : pterygo-palatine) حفرہ کھل جاتا ہے اور عقدۂ میکل (Meckle's ganglion) معرا ہوجاتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عقدہ کی اُس طرف سوراخ مدوّر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ زیر محجری شریان بھی عصب کے ساتھ ہی موجود ہوتی ہے، اور یہ عرق مع اپنی مقدم سنی (anterior dental) شاخ کے جو ثنایا اور انیاب کو آتی ہے غالباً کاٹ دیا جاتا ہے۔ زیر محجری شریان جنیحی ضفیرہ (pterygoid plexus) میں ختم ہوجاتی ہے۔ عقدۂ مذکور اندرونی فکی (internal maxillary) شریان کی انتہائی شاخوں سے محصور ہوتا ہے۔

اور یہ ایک مثلث شکل کا جسم ہوتا ہے جسکا قطر تقریباً ۱/۶ انچ ہوتا ہے۔ باہر کیطرف سے یہ ذرا محدب ہوتا ہے اور اسکی رنگت سرخی مائل ہوتی ہے۔

جس عملیہ کا ذکر اوپر کیا گیا ہے ویسے عملیہ جات سے حصوں کے تعلقات کا پتہ چلنے میں مدد ملتی ہے۔ مگر اب متداولت میں انکی جگہ **اشرابات** کے سادہ ذرائع اکثر اختیار کیئے جاتے ہیں۔ عصب کے تنے میں الکحل مطلق داخل کرنے سے اسکے رقبہ تفرع میں عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے 141 جو چھ ماہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک کے لیئے رہتی ہے۔ ایسے اشرابات کو کامیابی سے سرانجام دینے کے لیئے ان اعصاب کے محل اور حمر اور انکے اردگرد کی ساختوں کے بہت صحیح صحیح علم کی ضرورت ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کا ممر شکل ۴۳ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اگر وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر عظم العارض کے صعودی حاشیہ کے ۶ ملی میٹر (۱/۴ انچ) پیچھے ایک نقطہ لیا جائے تو یہ وتدی فکی حفرہ (spheno-maxillary fossa) کے بالائی حصہ کے عین اوپر واقع ہوگا جسمیں پانچویں عصب کی دوسری قسمت اور عقدہ میکل (Meckel's ganglion) ہوتا ہے۔ عصب تک پہنچنے کے لیئے سوئی کو ۳۷ ملی میٹر (۱½ انچ) داخل کر دینا چاہیئے۔ محجر کے فرش کے ساتھ ساتھ کا راستہ اس سے زیادہ آسان اور زیادہ بے خطر ہے۔ سوئی محجر کے زیرین کنارے کے نقطہ وسطی پر داخل کیجاتی ہے، اور فرش کے ساتھ ساتھ پیچھے کیطرف کو سر کے مہی مستوی کے متوازی بھونک دیجاتی ہے۔ سوئی کو وتدی فکی حفرہ (spheno-maxillary fossa) میں یہانتک بھونک دیا جاتا ہے کہ یہ سوراخ مدور پر یا اسکے گردونواح میں عظم وتدی کے سامنے آنے سے آگے جانے سے رک جاتی ہے۔ مناسب دست ورزی سے سوئی سوراخ مدور میں داخل ہوتی ہوئی محسوس کیجا سکتی ہے۔ محجر کے حاشیہ سے سوراخ مدور ۴۳ ملی میٹر (۱ ۳/۴ انچ) کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس عصب تک وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر خدی زاویہ کے عین پیچھے اندر کیطرف سوئی داخل کرنے سے بھی رسائی ہوسکتی ہے۔ یہ عقدہ سطح سے ۵۰ ملی میٹر (۲ انچ) کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔

تحتانی سنی عصب (inferior dental nerve) دونوں خواہکہ کی جڑوں کے مقابل خدی غشائے مخاطی میں شگاف دیکر سوراخ ذقنی (mental foramen) پر کاٹا جا چکا ہے۔ اس شگاف میں سے عصب کا المتاب اور اسکے جلدی حصہ کا استیصال کیا جا سکتا ہے۔

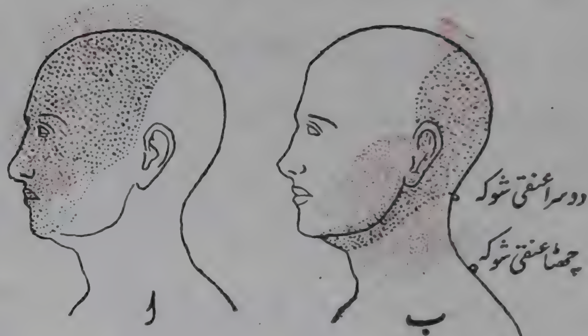
یہ عصب جانوی (تحتانی سنی) سوراخ میں داخل ہونے سے پیشتر مندرجہ ذیل طریقہ پر کاٹا جاچکا ہے۔ منہ کو خوب اچھی طرح سے کھول کر آخری بالائی طاحنہ سے لیکر آخری زیرین طاحنہ تک اکلیل نما زائدہ (coronoid process) کے عین اندر کیطرف جسکے حدود حِس سے واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں ایک شگاف دے دیا جاتا ہے۔ یہ شگاف غشائے مخاطی میں سے گزرتا ہوا نیچے کیطرف 142
عضلۂ صدغیہ کے وتر تک پہنچتا ہے۔ اس شگاف میں انگلی داخل کرکے جبڑے کی فرع (ramus) اور عضلۂ جنیحیہ داخلہ (internal pterygoid muscle) کے درمیان سے گزار دیجاتی ہے، حتیٰ کہ وہ عظمی مقام محسوس ہونے لگتا ہے جو جانوی (تحتانی سنی: inferior dental) قنال کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہاں پر اس عصب کو ایک ہک کے ذریعہ سے اٹھا کر منفرد کرلیا جاتا ہے اور کاٹ دیا جاتا ہے۔

خدی عصب (buccal nerve) رخسار کی غشائے مخاطی اور جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور عضلۂ بوقیہ (buccinator muscle) کی بیرونی سطح پر سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی تیسری قسمت کا تنا کھوپری کے حفرۂ وسطی سے سوراخ بیضوی میں سے باہر نکلتا ہے جسکا محل وجنہ کے زیرین کنارے کے اس حصہ کا تناظر ہوتا ہے جو فراز مفصلی (eminentia articularis) کے عین سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۳۳)۔

اس عصب کے تنے یا عقدۂ گیسری (Gasserian ganglion) میں اشراب کرنے کے لئے مریض کو خوب اچھی طرح سے منہ کھولنے کے لئے کہ دیا جاتا ہے تاکہ جانہ کا اکلیل نما زائدہ منخفض ہوکر راستے سے ہٹ جائے۔ اور پھر فراز مفصلی (eminentia articularis) کے ایک انچ سامنے سوئی داخل کردیجاتی ہے۔ اور اسکو سیدھا اندر کیطرف اور کسیقدر اوپر کیطرف عظم وتدی کی زیرین سطح کے بالمقابل لے جایا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ ۳۷ ملی میٹر (۱½ انچ) کی گہرائی پر پہنچ جاتی ہے۔ جب سوئی خارجی جنیحی صحفہ (external pterygoid plate) کی بیرونی سطح سے ٹکراتی ہوئی محسوس ہو تو اسے اتنا پیچھے ہٹایا جاسکتا ہے کہ یہ اس صحفہ کے پچھلے کنارے پر سے پھسل جائے۔ اب پچکاری کے نل کو ذرا سا نیچے کیطرف دبانے سے سوئی کا سرا اوپر کا رخ اختیار کرلیگا اور اس لئے آگے بڑھ کر میکل (Meckel) کے غار میں داخل کیا جاسکیگا۔ اس طریقہ سے جسم عقدہ میں الکحل کا اشراب کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

جب کوئی حسی عصب کاٹ دیا جاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ فقدانِ حس درد کا رقبہ اسکے تشریحی تفرع کا متناظر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب پانچویں جمجمی عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت کاٹ دیجاتی ہے تو پیشانی کے اوپر کی جلد کی صرف ایک کم عریض دھجی 148
پرسے ہی حس مکمل طور پر زائل ہوتی ہے حالانکہ تشریحی تفرع سے آدمی یہ نتیجہ نکالتا ہے کہ پیشانی اور



شکل ۴۴۔ یہ شکل اُس فقدانِ حس کو ظاہر کرتی ہے جو (۱) عقدۂ گیسری کے استیصال اور (۲) دوسرے عنقی عصب کے کاٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔
(مطابق ایچ۔ ایچ ٹتھ : H. H. Tooth)-

جس رقبہ میں سیاہ نقاط لگائے گئے ہیں اسمیں لمس، مرضی حس پذیری ضائع ہوگئی ہے اور جس رقبہ میں سرخ نقاط لگائے گئے ہیں اسمیں برنا قدحس پذیری زائل ہوگئی ہے۔

چاندلی کے مقدم نصف کی جلد متاثر ہوگی (دیکھو شکل ۲ صفحہ 11)۔ اگر دوسری قسمت کاٹ دیجائے تو عدم حسیت کا رقبہ ایک تنگ فضا تک جو مجرا اور منہ کے درمیان ہوتی ہے محدود ہوتا ہے! ور تیسری قسمت کے کاٹنے سے یہ رقبہ ایک دھجی پر مشتمل ہوتا ہے جو کان کے سامنے سے نیچے کے جبڑے کے ساتھ ساتھ نیچے کیطرف کو جاتی ہے (ہیڈ :Head)-

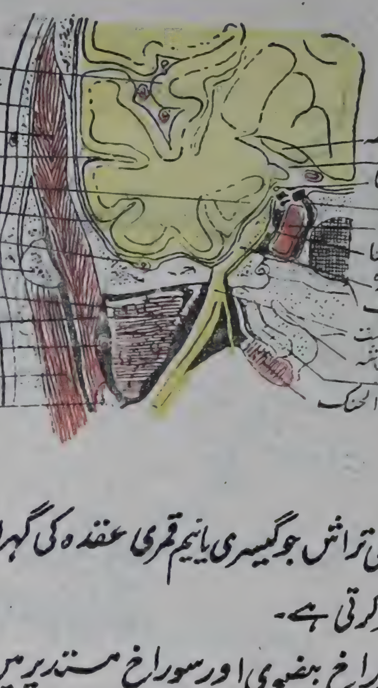
ہیڈ (Head) نے ان مختلف فیہ نتائج کی جو کسی حسی عصب کو کاٹنے سے برآمد ہوتے ہیں توجیہ کی ہے۔ عصب میں تین قسم کے حسی عصبی ریشہ جات ہوتے ہیں (۱) وہ جو حسِ عمیق کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ عضلات، عظام، رباطات، مفاصل اور عمیق ساختوں کو دباؤ اور درد محسوس

کرنے کی قوت بخشتے ہیں۔ (۲) وہ جو **نخز مرضی حس پذیری** (protopathic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ جلد کو کسی چیز کے چبھنے اور ۴۰ درجہ ف سے اوپر یا ۲۲ درجہ ف سے نیچے کی تپش کے لئے حساس بناتے ہیں۔ (۳) وہ جو **برناقد حس پذیری** (epicritic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں یہ۔ ریشے جلد کو ہلکے لمس (جسکا امتحان کسی ایسی چیز سے جیسی کہ روئی ہے کیا جاتا ہے) اور تپش کے زیادہ دقیق درجوں کو محسوس کرنے کی قوت بخشتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ جب
144 عصب کاٹا جاتا ہے تو برناقد (epicritic) حس پذیری کا فقدان اپنی وسعت میں عصب کے تشریحی تفرع کا متناظر ہوتا ہے۔ جب نیم قمری یا گیسری (Gasserian) عقدہ دور کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲ اور ۳۴) تو برناقد (epicritic) حس پذیری کا فقدان رقبہ تفرع کا متناظر ہوتا ہے، مگر نخز مرضی (protopathic) حس پذیری کا فقدان تشریحی رقبہ سے نسبتاً کم ہوتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جو نخز مرضی (protopathic) ریشہ جات دوسرے عنقی عصب سے نکلتے ہیں (شکل ۳۴) وہ جلد کے اُس رقبہ تک بھی پہنچتے ہیں اور اسکو رسد بھی پہنچاتے ہیں جسکو برناقد (epicritic) حس پذیری پانچویں عصب سے حاصل ہوتی ہے۔ چہرے کے زیریں حصہ میں ان رقبہ جات میں کوئی تراکب نہیں پایا جاتا ہے۔ پانچویں عصب کی ذقنی (mental) شاخ میں برناقد (epicritic) اور نخز مرضی (protopathic) ریشہ جات کا تفرع جلد کے ایک ہی حصہ پر پایا جاتا ہے۔ اسلئے کسی حسی عصب کے کٹنے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں انکا انحصار ان ریشوں کی نوعیت پر ہوتا ہے جو اس عصب میں موجود ہوتے ہیں، اور نیز جلد کی اس وسعت پر ہوتا ہے جسپر ہر قسم کے عصب کا پھیلاؤ فرداً فرداً پایا جاتا ہے۔ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی چہرہ کی عمیق ساختیں دباؤ کیلئے حساس رہتی ہیں۔ اور اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عصب وجہی میں بعض درآر ریشے موجود ہوتے ہیں جو دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں (میلونی :Maloney اور کینیڈی :Kennedy)۔

گیسری (Gasserian) عقدہ کا استیصال۔ ناقابل برداشت اور دشوار علاج وجع العصب کے مریضوں کے لئے سرجن کو یہ اختیار ہے کہ وہ یا تو عقدہ میں الکحل کا اشراب کردے، یا نیم قمری عقدہ کا استیصال کردے، اور یا اسکی حسی جڑوں کو کاٹ دے۔ یہ پانچویں عصب کا حسی عقدہ ہے اور اُس حسی عقدہ کا متناظر ہے جو شوکی عصب کی موخر جڑ پر پایا جاتا ہے۔ اسکے استیصال سے پانچویں عصب کے عصبی ریشوں میں انحطاط لازمی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔

جو عملیہ بالعموم سرانجام دیا جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔ صدغین پر سے

اومیگا (omega) کی شکل کا جلد کا ایک دامن اوپر اٹھالیا جاتا ہے، اس دامن کے قاعدہ پر وجنہ اور اسکے انحداب پر صدغی حید ہوتا ہے۔ بافتوں کو صدغی حفرہ کے فرش کی گہرائی تک الٹ دیا جاتا ہے۔ سطحی اور عمیق صدغی عروق کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ فلسمان اور وتدی کے جناح کبیر میں وجنہ کے بالائی کنارہ کے لیول پر ایک عریض ترفانی فتحہ بناکر ام جافیہ کو معرا کرلیا جاتا ہے۔ اس کے بعد 145
وسطی سحائی عروق کو جو میدانِ عملیہ کو عبور کرتے ہیں باندھ دیا جاتا ہے۔ ام جافیہ اور صدغی وتدی لختہ کو جو اسکے اوپر واقع ہوتا ہے ہڈی سے اوپر اٹھالیا جاتا ہے۔ اس سے پانچویں عصب کی

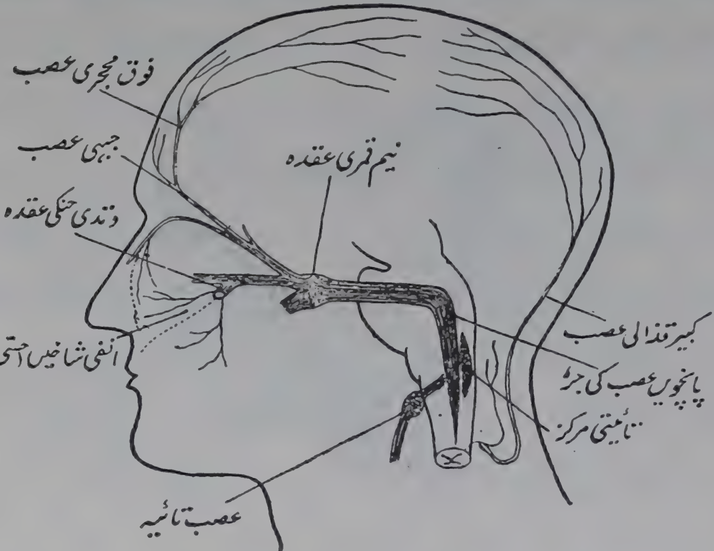


شکل ۳۵۔ اکلیلی تراش جو گیسری یا نیم قمری عقدہ کی گہرائی اور اس کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

تیسری اور دوسری قسمتیں سوراخ بیضوی اور سوراخ مستدیر میں سے باہر کیطرف کو گزرتی ہوئی دکھائی دینے لگتی ہیں۔ یہ قسمتیں اس عقدہ سے نکلتی ہوئی نظر آتی ہیں جو عظم حجری کے راس پر اور کہفکی جوف کی بیرونی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ حرکی جڑ کو جو مضغی عضلات کو رسد پہنچاتی ہے اور اِس عقدہ کے نیچے واقع ہوتی ہے نہ کاٹنا چاہئے۔ یہ عقدہ ام جافیہ میں مدفون ہوتا ہے اور اسکے اردگرد زیر عنکبوتی فضا کا ایک تطول پایا جاتا ہے (فضائے میکل :Meckel) جسکا کھولنا لازمی ہوتا ہے۔ عقدہ کا صرف وہ حصہ ہی دور کیا جاتا ہے جو دوسری اور تیسری قسمتوں سے تعلق رکھتا ہے۔ جو حصہ عینی قسمت سے متعلق ہوتا ہے وہ چھوڑ دیا جاتا ہے کیونکہ یہ کہفکی جوف کی بیرونی دیوار میں محکم طور پر مدفون ہوتا ہے اور داخلی سباتی شریان اور محرک العین (oculo-motor) اعصاب

کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ہیوکیپی تلفیف جسمیں شمی مرکز پایا جاتا ہے اس عقدہ کے عین اوپر واقع
ہوتی ہے (شکل ۳۶)۔ جب جافی غلاف کھول دیا جاتا ہے تو دماغی شوکی سیال ہمیشہ نکلتا ہے 146
(کشنگ: Cushing)۔

فراز مفصلی (eminentia articularis) جو وجنہ کے قاعدہ پر واقع ہوتا ہے
اس عقدہ کے محل کے لئے ایک کارآمد رہنما کا کام دیتا ہے۔ جب وسطی حفرہ کھولدیا جاتا ہے اور



شکل ۳۶ پانچویں اور دسویں جمجمی اور پہلے اور دوسرے عنقی اعصاب کے
حسی نواتات کی قربت کو ظاہر کرتی ہے۔

صدغی لختہ اوپر اٹھالیا جاتا ہے تو یہ عقدہ ۲ ½ انچ کی گہرائی پر اسی اکلیلی مستوی پر جسپر مفصلی فراز
واقع ہوتا ہے پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اس افراز سے زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے[1]۔

اُن مختلف اقسام کے دردِ بعیدہ کی حقیقت سمجھنے کے لئے۔ جو اس کثرت سے ان رقبہ جات میں
پایا جاتا ہے جن کو پانچواں عصب جو عظیم الجسامت ہوتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اوجاع العصب 147

---

[1] اس عملیہ کی تشریح کی تفصیل کے لئے دیکھو سرجیکل ٹریٹمنٹ آف فیشیل نیورلجیا (The Surgical Treatment of Facial Neuralgia) مصنفہ جے ہٹچنسن جونیر لندن ۱۹۰۵ء)۔

در دسر شقیقہ وغیرہ ـــــ یہ ضروری ہے کہ اُن حسی نوات کے بعض مرکزی تعلقات سے واقفیت حاصل کیجائے جن پر اسکے درآر ریشہ جات مختتم ہوتے ہیں ۔ یہ مرکز نخاع مستطیل کے زیریں حصہ تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۶) ! ور شو کی رمادی مادہ کے موخر قرن سے جنہیں قذالی اور دوسرے عنقی اعصاب کے حسی ریشہ جات ختم ہوتے ہیں مسلسل ہوتا ہے ! اسکے نزدیک ہی عصب تائہیہ (vagus) کا حسی نوات ہوتا ہے ۔ تائی مرکز کے اختلالات بعض اوقات بیش بہاؤ کی وجہ سے پانچویں عصب کے نواتات کو متاثر کردیتے ہیں ! اس سے درد بالعموم اس عصب کے اس تفرع سے جو ام جافیہ میں پایا جاتا ہے منسوب ہوتا ہے ۔ پانچویں عصب کی ہر قسمت سے ام جافیہ کو ایک شاخ جاتی ہے ۔

(ب) حرکی عصبی رسد

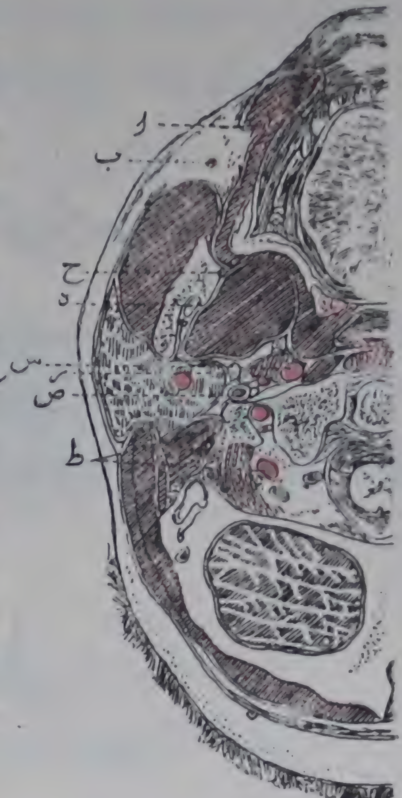
ساتواں عصب عضلاتِ اظہار ، بوقی عضلہ (buccinator)، عضلہ منتشرہ (platysma) ، اور دوشکمی (digastric) عضلہ کے موخر شکم کو رسد پہنچاتا ہے ۔ پانچویں عصب کی تیسری قسمت مضغی عضلات، جانی لامی عضلات (mylo-hyoid) اور دوشکمی عضلہ کے مقدم شکم کو رسد پہنچاتی ہے ۔

۲ ـ نکفی خطہ

(THE PAROTID REGION)

غدہ نکفیہ (parotid gland) کا عمیق حصہ نیچے کے جبڑے کی فرع (ramus) کے پیچھے ایک معین فضا میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳۷) ۔ جب سر حالتِ بسط میں ہوتا ہے یا جب فکِ زیرین آگے کیطرف کو بڑھتا ہے جیسا کہ ٹھوڑی کو آگے کیطرف کو نکالنے میں ہوتا ہے تو اس فضا کی جسامت بڑھ جاتی ہے ۔ موخر الذکر حرکت میں مقدم موخر سمت میں تقریباً ۳/۸ انچ کے برابر افزائش ہوجاتی ہے ! ور جب سر کو خمیدہ کیا جائے تو یہ کم ہو جاتی ہے ۔ جب منہ خوب اچھی طرح سے کھولا جائے تو اس فضا کا نیچے کا حصہ کم ہوجاتا ہے اور جب قندال آگے کیطرف کو پھسلتا ہے تو یہ اوپر کے حصہ میں بڑی ہوجاتی ہے ۔ نکفی فضا پر عملیہ کرتے وقت اور اسکا استقصا کرنے میں ان امور کا خیال رکھنا چاہئے ۔

مزید برآں یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ نکفیہ کے التہاب میں ان تمام حرکتوں سے جنکا رجحان اس فضا کو جسمیں یہ غدہ واقع ہوتا ہے تنگ کرنے کیطرف ہو بہت سا درد پیدا ہوتا ہے - جبڑے کی فرع میں زمانۂ شیر خوارگی اور پیرانہ سالی میں جو ترچھا پن پایا جاتا ہے اسکی وجہ سے یہ فضا بالغ کی فضا کے مقابلہ میں اوّل الذکر حالت میں نسبتہً اور موخر الذکر میں حقیقتہً بڑی ہوتی ہے - غدہ کا بیشتر حصہ سطحی ہوتا ہے اور عضلہ مضغیہ کے اوپر پھیلا ہوتا ہے - 148



شکل ۴۷ - افقی تراش جو چہرہ اور گردن کی ایک جانب میں سے نیچے کے دانتوں کے لیول کے عین اوپر سے گزرتی ہے -

(Braune: برَون)

ا - وجہی شریان - ب - وجہی ورید - ج - لسانی عصب - د - تحتانی لمفی عصب اور شریان جو جبڑے کی صعودی فرع کے اندر کیطرف واقع ہیں - ہ - زائدہ ابریہ - س - داخلی سباتی شریان - ص - داخلی وداجی ورید معہ اعصاب ثانیہ وشوکی معین وتحت اللسانی کے جو اس کے اندر کیطرف واقع ہیں - ط - فقری شریان صعودی فرع کے باہر کی طرف عضلہ مضغیہ دکھایا گیا ہے - اور اس کے اندر کی طرف داخلی جنبیی عضلہ ظاہر کیا گیا ہے - آخر الذکر کے اندر کیطرف عضلہ مضیق فوقانی اور لوزہ دکھایا گیا ہے -

یہ غدہ ایک ردا سے جو عنقی ردا سے حاصل ہوتی ہے قریبی طور پر محصور ہوتا ہے - نکفی ردا کی سطحی تہ بہت کثیف ہوتی ہے اور یہ پیچھے کیطرف کو قصی حلمی عضلہ (sterno-mastoid) کے غلاف سے، اور آگے کیطرف کو عضلہ مضغیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتی ہے اوپر کیطرف یہ وجنہ سے چسپیدہ ہوتی ہے - اور نیچے کیطرف یہ گہری تہ سے ملجاتی ہے - گہری تہ نازک ہوتی ہے اور اوپر کیطرف یہ زائدہ ابریہ سے چسپیدہ ہوتی ہے جس سے ابری فکی (stylo-maxillary) رباط بنتا ہے - اور یہ جنبیی عضلات اور جنبیی زائدہ سے چپکی ہوتی ہے - اسلئے یہ غدہ ایک ردا کے ایک واضح خانچہ کے اندر واقع ہوتا ہے جو نیچے کیطرف سے بالکل بند ہوتا ہے - مگر اوپر کیطرف سے کھلا ہوتا ہے 149

زائدہ ابریہ کی مقدم کور اور داخلی جنیحی (internal pterygoid) عضلہ کے موخر کنارہ کے درمیان ردا میں ایک رخنہ ہوتا ہے جسمیں سے نکفی فضا بلعوم کے گرد و نواح کی اتصالی بافت سے ربط و راہ رکھتی ہے ۔ یہ ایک بہت مشہور و معروف امر ہے کہ پس بلعومی خراج میں نکفی ورم بہت عام ہوتا ہے اور کئی ایک مثالوں میں پیپ یا کم سے کم اسکا کچھ حصہ ہی نکفی خط کے راستہ سے نکالا گیا ہے ان حالتوں میں یہ بہت اغلب ہے کہ مادہ بلعومی خط میں سے نکفی خط میں اس رخنہ کے اندر سے گزر جاتا ہو جو ابھی بیان کیا گیا ہے ۔

اس ردا کی ترتیب سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ نکفی خراج کے براہ راست باہر کیطرف کو جلد میں بڑھنے میں بہت زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے ۔ یہ خراج اکثر اوپر کیطرف کو اقل مزاحمت کی سمت میں بڑھتا ہوا صدغی یا وجنی حفرات تک پہنچ جاتا ہے، اگرچہ اس رخ میں بھی جاذبہ اس ترقی کو مزاحم آتی ہے ۔ یہ اکثر بوقی کہف یا بلعوم کیطرف بھی چلا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ردائے مذکور کے زیرین حدود کو پھاڑ کر گردن میں چلا جاتا ہے ۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ غدہ غضروفی منفذ اور جبڑے کی فرع اور دیگر عظمی حصوں سے براہ راست مس کرتا ہے ! ور صدغی فکی مفصل سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے چنانچہ نکفی خراج منفذ مذکور میں سینٹورینی (Santorini) کے جھری کیطرح کے شقاق کے راستہ سے جو غضروف میں موجود ہوتا ہے پھٹ چکا ہے ۔ یہ اپنی ہم پہلو ہڈیوں کے گرد عظمی التہاب کا باعث بھی ہو چکا ہے اور نیز اس سے صدغی فکی مفصل کا التہاب بھی پیدا ہو چکا ہے ۔ بہت سی حالتوں میں جنکے متعلق فرکو (Virchow) نے اطلاع دی ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیپ پانچویں عصب کی شاخوں کے ساتھ ساتھ چلکر کھوپری میں داخل ہو جاتی ہے کیونکہ نیم قمری (semilunar) عقدہ کا ماحول پیپ سے در ریختہ پایا جا چکا ہے ۔

اذنی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذنی (great auricular) اعصاب غدہ مذکور کو رسد حس پہنچاتے ہیں ! ور ان اعصاب کی موجودگی اور نیز نکفی غدہ کے سخت اور کڑا ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو اس غدہ کے سریع المنمو سلعات اور حاد التہاب میں محسوس ہوتا ہے ۔ درد اکثر اذنی صدغی (auriculo-temporal) عصب کے ممر کے ساتھ بہت نمایاں طور پر منسوب ہوتا ہے ۔ چنانچہ نکفی بالید کے ایک مریض میں جو میرے (فریڈرک ٹریویز کے) زیر علاج تھا درد صیوان الاذن اور صدغہ کے ان حصوں میں پایا جاتا تھا جنکو اس عصب سے رسد پہنچتی تھی ۔ نیز منفذ کی گہرائی میں بھی اس مقام پر درد محسوس ہوتا تھا جو اس عصب کی

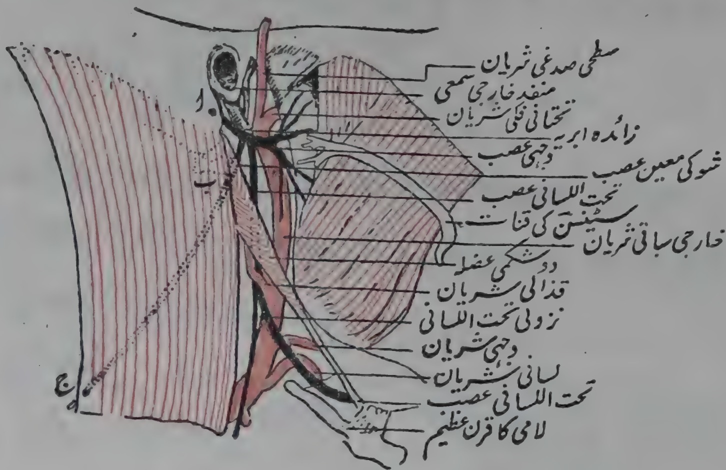
منفذی شاخ کے داخل ہونے کی جگہ کا تناظر تھا۔ اور نیچو کے جبڑے کے مفصل میں بھی درد پایا جاتا تھا جسکو اذنی صدغی عصب رسد پہنچاتا ہے۔

غدہ میں جو اہم ترین ساختیں پائی جاتی ہیں وہ خارجی سباتی شریان معہ اپنی دو انتہائی شاخوں کے اور عصب وجہی ہیں۔ **خارجی سباتی شریان** (external carotid artery) جبڑے کی فرع کے پیچھے اسکے موخر کنارے کے تحتانی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال کی بلندی پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ نکفی غدہ کی عمیق جانب میں داخل ہوجاتی ہے اور تھوڑا سا پیچھے کی اور باہر کیطرف ہٹنے کے بعد سطح کے زیادہ نزدیک آجاتی ہے۔ اور جبڑے کے قندال کے لیول پر اپنی دو انتہائی شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہے۔ اسلئے یہ شریان غدہ کے تحتانی کنارہ پر داخل نہیں ہوتی اور نکفی فضا کے زیر ترین حصہ سے کوئی حقیقی تعلق نہیں رکھتی۔ علاوہ ازیں یہ عرق فرع کی کور کے متوازی نہیں ہوتا بلکہ کسیقدر ترچھے پن کے ساتھ نکفی غدہ میں سے گزر جاتا ہے۔

کھوپری کے قاعدہ میں سے ابری حلمی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے نکلتے وقت **وجہی عصب** (facial nerve) حلمی زائدہ کے مقدم کنارہ کے نقطۂ وسطی سے ایک انچ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس نقطہ سے آگے کیطرف کو اگر ایک افقی خط چانہ کی صعودی فرع کے موخر کنارہ تک کھینچا جائے تو یہ اس عصب کے اصلی تنے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۳۸)۔ غدہ کے اندر جہاں یہ عصب صدغی وجہی (temporo-facial) اور عنقی وجہی (cervico-facial) قسموں میں تقسیم ہوتا ہے وہاں یہ خارجی سباتی (external carotid) شریان اور صدغی فکی (temporo-maxillary) ورید سے اوپری پایا جاتا ہے۔ جہاں یہ عصب ابری حلمی (stylo-mastoid) سوراخ سے نکلتا ہے اسکے قریب ہی یہ وجہی ٹک (facial tic) کو تسکین دینے کے لئے کھینچا بھی جا چکا ہے۔ حلمی زائدہ کے مقدم کنارہ کے وسط سے ½ انچ آگے کے مقام پر یہ نہایت آسانی سے ملجاتا ہے۔ یہ دو شکمی عضلہ کے موخر شکم کے اوپر پایا جاتا ہے جو زخم کی گہرائی
میں اس تک پہنچنے کے لئے رہنما کا کام دیتا ہے۔ 151

عصب وجہی کے کٹنے سے بوقیہ (buccinator) اور عضلاتِ اظہار مشلول ہوجاتے ہیں، اور چہرہ صحیح و سالم جانب کو کھینچ جاتا ہے، اور آنکھ کھلی ہی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں اس میں چند درآور ریشے بھی ہوتے ہیں جو گہرے دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں۔ شلل کی حالتوں میں چہرہ کی

حرکت پذیری کو از سر نو قائم کرنے کے لئے سرجنوں نے متعدد مثالوں میں وجہی تنے کو کسی قریب جوار کے عصب کے تنے سے ٹانک دیا ہے۔ جو اعصاب منتخب کئے جاتے ہیں وہ شوکی معین (spinal accessory) اور تحت اللسانی (hypoglossal) ہیں (شکل ۳۸)۔ ایک حالت میں تو عضلات اظہار اسوقت فعل کرتے ہیں، جب عضلہ منحرفہ (trapezius) اور قصی حلمی عضلہ (sterno-mastoid) کو استعمال کیا جاتا ہے۔ اور دوسری حالت میں یہ اسوقت فعل کرتے ہیں جب زبان کو حرکت دیجاتی ہے۔



شکل ۳۸۔ وجہی، شوکی معین اور تحت اللسانی اعصاب کی سطحی ترسیمیں۔
ا۔ حلمی زائدہ کے کنارہ مقدم کا نقطہ وسطی۔ ب۔ وہ نقطہ جو قصی حلمی عضلہ کے مقدم کنارہ پر زائدہ حلمیہ سے ا انچ نیچے واقع ہے۔ ج۔ قصی حلمی عضلہ کے موخر کنارہ کا نقطہ وسطی۔ ب کے اوپر اطلس کا مستعرض زاویہ ظاہر کیا گیا ہے۔

152 کچھ عرصہ کے بعد مریض ان حرکات کو جو اسطرح نامناسب طور پر مخلوط ہو جاتے ہیں علیحدہ علیحدہ عمل میں لا سکتا ہے۔ وجہی عصب سے اسکے مقام خروج پر موخر اذنی (posterior auricular) شاخ نکلکر کان کے عضلات کو چلی جاتی ہے اور شاخچے نکلکر دو شکمی عضلہ کے موخر شکم اور ابری حلمی (stylo-hyoid) عضلہ کو پہنچ جاتے ہیں۔

نکفیہ کے سلعات میں غضروفی بافت کے موجود ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے

یہ ایک معروف و مشہور امر ہے کہ کن پھیڑ (mumps) کے بعد انتقالی خراجات خصیتین میں کافی عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں یہ ایک اہم امر ہے کہ خصیتین ہڈی کے علاوہ جسم کے ان

چند حصوں میں سے ہیں جنکی نوبالیدوں کے اجزائے ترکیب میں غضروفی مادہ اکثر شامل ہوتا ہے۔

نکفیہ کا **التہاب** شکم اور حوض کے تضررات اور امراض کے بعد خاص طور پر کثرت سے پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ بعض نوعی تپوں کے بعد بھی اور زیادہ تخصیص کے ساتھ تپ محرقہ کے بعد بطور عاقبہ کے بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ یہ خاصکر اسوقت نمودار ہوتا ہے جبکہ مریض کو دودھ کی سی نرم غذا دیجارہی ہو اور اسکا منہ صاف نہ رکھا گیا ہو۔ سرائت منہ سے منتشر ہوتی ہے اور یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ یہ پہلے زیادہ تر گرد قناتی ہوتی ہے۔

بہت سے **لمفی غدد** غدہ نکفیہ کی سطح پر اور اسکے جسم میں واقع ہوتے ہیں۔ اور یہ چاندلی کے وجہی اور جداری خطوں، محجر، انفی حفرہ جات کے موخر حصہ، اوپر کے جبڑے اور بلعوم کے پچھلے اور اوپر کے حصہ سے لمف وصول کرتے ہیں۔ ان غدد کے کلانی یا فنہ ہونیسے ایک قسم کا "نکفی سلعہ" بنجاتا ہے۔

نکفی (سٹینسن کی (Stenon's: قنات (شکل ۳۸) تقریباً $2\frac{1}{2}$ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور اسکا قطر $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے۔ اسکا دہنہ اسکا تنگ ترین حصہ ہوتا ہے۔ عضلہ مضغیہ (masseter) کے مقدم کنارہ پر یہ قنات دفعۃً اندر کیطرف مڑکر عضلہ بوقیہ (buccinator) کو منثقب کر دیتی ہے! اور یہ خم اتنا اچانک پیدا ہوتا ہے کہ قنات کا بوقی قطعہ بعض اوقات مضغی قطعہ پر تقریباً زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے۔ جب منہ کیطرف سے قنات میں سلائی گزاری جائے تو
اس خم کا خیال رکھنا چاہیئے۔ یہ قنات اوپر کی دوسری ڈاڑھ کے لیول پر ایک حلیمہ کی چوٹی پر کھلتی ہے 153
عضلہ مضغیہ میں سے قنات کا ممر ایک خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو شنجہ (concha) کے زیرین حاشیہ سے اس نقطہ تک کھینچا جائے جو جناح الانف اور لب کے سرخ حاشیہ کے درمیان عین وسط پر واقع ہوتا ہے۔ یہ وجنہ کے نیچے ایک انگلی کے عرض کے فاصلہ پر واقع ہوتی ہے اور مستعرض وجہی (transverse facial) شریان اسکے اوپر اور عصب وجہی کی زیر محجری شاخیں اسکے نیچے ہوتی ہیں۔ یہ قنات جلد کے نیچے منشق بھی ہوجاتی ہے اور ریق وعابدر ہوجاتا ہے۔ اس قنات کے زخموں سے ریقی ناسور کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ قنات کے بوقی حصہ کا کم از کم نصف حصہ عضلہ بوقی کے جسم میں مدفون ہوتا ہے۔ جب ریقی ناسور عضلہ بوقیہ (buccinator) پر واقع ہو تو یہ بعض اوقات

غدہ نکفیہ کو یا اسکے اس حصہ کو جو زائدہ نکفیہ (socia parotidis) کے نام سے موسوم ہے متاثر کر دیتا ہے۔ التہابی حالتیں منھ سے قنات کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر نکفیہ تک پہنچ سکتی ہیں۔

۳- اوپر اور نیچے کے جبڑے اور ان کے متعلقہ حصے

فک (Maxilla)- (فکی جوف کے لئے دیکھو صفحہ 129 اور حنک الصلب کے لئے دیکھو صفحہ 179)۔اس ہڈی میں اسکے پھوکلپن اور اسکے عجیب طرح کھوکھلا ہونے کی وجہ سے بہت آسانی سے کسر واقع ہوجاتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی کثیر العروق ہوتی ہے اسلئے شدید تضررات جنمیں بہت سا جرم ضائع ہوچکا ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ سے مندمل ہوجاتے ہیں۔ اسکے کھوکھلے پن اور ان کہفہ جات کی وجہ سے جنکی حدود بندی میں یہ مدد دیتا ہے چہرہ کے عمیق حصہ میں عظیم الجسامت اجسام غریبہ کا احتباس ممکن ہوجاتا ہے۔ اس ہڈی میں بعض اوقات وسیع تنخر واقع ہوجاتا ہے، جیساکہ یہ دیاسلائی کے کارخانوں میں کام کرنے والوں میں دیکھا جاتا ہے جو سفید فاسفورس کے دخان کے معرض اثر میں رہتے ہیں۔ تنخر کی ایک حالت میں جو خسرہ کے بعد نمودار ہوئی یہ شکایت پیش فکی (premaxillary) یا ثنیی (incisive) ہڈی تک ہی محدود تھی۔

فک (maxilla) کے گرد عظمہ کا رجحان گرد جمجمہ کیطرح نئی ہڈی کی تکوین کیطرف نہیں ہوتا۔ اوپر کے جبڑے کے تنخر کی معمولی حالتوں میں ہڈی میں تجدید پیدائش نہیں پائی جاتی۔ اور رخنہ مستقل طور پر باقی رہ جاتا ہے۔ جانہ میں گرد عظمہ جدید ہڈی بافراط پیدا کر دیتا ہے۔ اور بعض اوقات
154 بڑے بڑے وسیع نقصانات پورے ہوجاتے ہیں۔ مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ چند سال گزرنے پر اس نئی ہڈی کے ایک بہت وسیع حد تک بار دیگر منجذب ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

استیصال فک (excision of the maxilla)۔ یہ ہڈی محل سلعہ ہونے کیوجہ سے یا بعض دیگر حالتوں کے تحت اکثر بتمامہ دور کیجا چکی ہے۔ عملیہ میں جو عظمی تعلقات کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (دیکھو شکل ۲۷ صفحہ 117 اور شکل ۳۳ صفحہ 140)۔ (ا) وہ تعلق جو مجر

کے باہر کیطرف عظم عارضی (malar bone) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۲) انفی (جبہی: frontal) زائدہ کا تعلق جو جبہی، انفی اور دمعی ہڈیوں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۳) مجری صحفہ کے وہ تعلقات جو مصفاتی اور حنک (palate) کے ساتھ پائے جاتے ہیں (مجری صحفہ اکثر باقی چھوڑ دیا جاتا ہے یا مجری حاشیہ کے نزدیک سے کاٹ دیا جاتا ہے)۔ (۴) مقابل کی ہڈی اور حنک کے ساتھ جو تعلق منہ کی چھت میں پایا جاتا ہے۔ اور (۵) پیچھے کی طرف کا وہ تعلق جو عظم الحنک کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور وہ لیفی چسپیدگیاں جو جناحی زائدوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ قبل الذکر چار حالتوں میں ہڈی کی علیحدگی کسی کاٹنے والے اوزار سے عمل میں لائی جاتی ہے اور موخر الذکر حالتوں میں اسے صرف مروڑ کر ہی علیحدہ کر لیا جاتا ہے۔

نرم حصے جو کاٹے جاتے ہیں - انکا ذکر تین عنوانات کے تحت کیا جا سکتا ہے - وہ حصے (۱) جو پہلے اشگاف میں کٹ جاتے ہیں، (۲) جو دامن الٹاتے وقت کٹتے ہیں، اور (۳) جو ہڈی کو علیحدہ کرتے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

(۱) مروجہ یا وسطی (median) شگاف سے جو نیچے کے پوٹے کے متوازی شروع کیا جاتا ہے اور ناک کیجانب پر سے جناح الانف کے گرد سے لاکر اوپر کے لب کے وسط تک دیا جاتا ہے مندرجہ ذیل حصے اوپر سے نیچے کیطرف بالترتیب کٹتے ہیں:- جلد، سطحی ردا، عضلہ محیطہ عینیہ (orbicularis oculi)، زیر مجری (infraorbital) عصب اور شریان کی جفنی شاخیں، رافع شفت الاعلی (levator labii superioris) کا کچھ حصہ، زاویئی (angular) شریان اور ورید، زیر مجری (infraorbital) عصب کی انفی شاخیں، ضاغطۃ المنخر (compressor naris) (عضلۃ الانف musculus nasalis)، ناک کے فاصل اور جناحین کا خافض، انفی غضروف کی ہڈی سے چسپیدگی، عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris)، فوقانی اکلیلی (superior coronony) شریان اور ورید اور لب کی غشائے مخاطی۔ وجہی عصب کی بہت سی شاخیں بھی جو عضلات کو جاتی ہیں کٹ جاتی ہیں۔

(۲) دامن کے الٹانے میں مذکورہ بالا عضلات کی تقطیع کیجائے گی اور اگر جبہی زائدہ سالم دور کر لیا جائے تو 155
داخلی جفنی رباط (internal palpebral ligament) بھی ساتھ ہی ہوگا۔ نیز رافع زاویہ دہن (levator anguli oris)، اور عضلہ بوقیہ (buccinator)، عضلہ مضغیہ (masseter) کے چند ریشوں اور موربات تحتانیہ کی، جو مجری صحفہ پر ہوتے ہیں، بھی تقطیع ہوگی۔ زیر مجری عصب اور شریان اپنے سوراخ میں سے نکلتے ہوئے کاٹے جائیں گے اور اس دامن کے اندر وجہی (facial)

شریان اور ورید کے تنے ہستعرض وجہی شریان، اور وجہی عصب کا وجہی حصہ بھی ہونگے۔(۳) جبہی زائدہ کو علیحدہ کرنے میں دمعی تاچہ (lacrymal sac) اور زیر بکری (infratrochlear) عصب کو نقصان پہنچ جائے گا! ور انفی دمعی قناۃ اور انفی عصب کی خارجی شاخ کٹ جائے گی۔ نیچے سے ہڈی علیحدہ کرتے وقت حنک الصلب کی پوششوں اور حنک اللین کی چپیدگی کو جو اس کے ساتھ ہوتی ہے کاٹ دیا جاتا ہے بشرطیکہ اس زائدہ کے دور کر دینے سے احتراز نہ کیا جا سکتا ہو۔ حنک الصلب کی نرم پوشش کو تقطیع سے علیحدہ کرنے اور اس کو محفوظ رکھنے کی ہر ایک کوشش بے سود ہوتی ہے۔ پیچھے کیطرف زیر محجری عصب کا تنا بار دیگر کاٹ دیا جاتا ہے (اِسوقت یہ وتدی حنکی عقدہ کے سامنے سے کاٹا جاتا ہے) اور ساتھ ہی موخر سنی (posterior dental) اور زیر محجری (infraorbital) شریانیں اور وتدی حنکی (sphenopalatine) شریان کی بعض شاخیں بھی کاٹ دیجاتی ہیں۔ عمیق وجہی ورید جو جنیجی ضفیرہ سے آتی ہے غالباً کٹ جائے گی! ور آخر میں حنک (palate) کے نزدیک سے کبیر حنکی عصب (large palatine nerve) اور نزولی حنکی شریان (descending palatine artery) بھی کاٹ دیجاتی ہے۔

اس امر کا خیال رہے کہ اس عملیہ میں کوئی بڑی شریان نہ کٹنے پائے۔ عظم مفتول تحتانی (inferior turbinated bone) (فکی مفتولی maxillo-turbinal) بھی فک کے ساتھ ہی لازمی طور پر چلی آتی ہے۔

چانہ (mandible) یہ ہڈی گھوڑے کے نعل کی شکل رکھنے کیوجہ سے جس سے اسمیں کمانی کے بعض خواص پیدا ہو گئے ہیں، اور اپنی ساخت کی بستگی اور بہت سی حرکت پذیری کے باعث اور نیز حائلہ کی طرح درون مفصلی غضروفات کے موجود ہونیکی وجہ سے۔ جو اسکے چپیدہ سروں کی حفاظت کرتے ہیں ایک بڑی حد تک کسر سے محفوظ رہتی ہے۔ یہ ہڈی بالعموم بلاواسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے اور کسر اسکے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ارتفاق (symphysis) بہت موٹا ہونے کی وجہ سے شاذونادر ہی ٹوٹتا ہے۔ فرع (ramus) اپنی طرفوں کے عضلی گدیوں سے ملفوف ہونے کیوجہ سے محفوظ رہتی ہے۔ اکلیل نما (coronoid) زائدہ ضرب پہنچنے کے خطرہ سے اور بھی زیادہ محفوظ ہے کیونکہ یہ گہرائی پر واقع ہوتا ہے اور وجنہ (zygoma) سے اسکی حفاظت ہوتی ہے۔ ہڈی کا کمزور ترین حصہ سامنے کیطرف واقع ہوتا ہے جہاں اسکی قوت ذقنی سوراخ کے موجود ہونے اور کچلیوں کے لیۓ وقب (sockets) موجود ہونے کی وجہ سے کم ہو جاتی ہے۔ لہذا کسر اس حصہ کے

قریب سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ارتفاق کے نزدیک سے یا اسکے اوپر سے بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ایسا کسی ایسی ضرب سے یا ہڈی کے اس طرح بھینچ جانے سے ہوتا ہے جس سے فرعین کا رجحان ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جانے کیطرف ہو۔ چنانچہ جبڑا مضغی خطہ پر ضرب لگنے سے خط وسطی پر ٹوٹ چکا ہے۔

اس ہڈی کے کسور میں غیر وضعیت کی مقدار بہت مختلف ہوتی ہے اور قوت کی نوعیت اور سمت کا اس پر بہت اثر ہوتا ہے۔ مجمل طور پر کہا جا سکتا ہے کہ جب اس ہڈی کا جسم ٹوٹ جاتا ہے تو اسکا مقدم قطعہ جبڑے کے خافضات، دو شکمی عضلہ (digastric)، چانیہ لامیہ (mylo-hyoid)، ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) اور ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) کے عمل سے پیچھے اور نیچے کیطرف کھنچ جاتا ہے، اور پچھلا قطعہ جبڑے کے رافعات مضغیہ (masseter)، عضلہ جنیحیہ داخلہ (internal pterygoid) اور صدغیہ (temporal) کیوجہ سے اوپر کیطرف کو اٹھ جاتا ہے۔ جس گھنے مخاطی گردعظمہ سے چانہ کا جو فیزی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے وہ عام طور پر پھٹ جاتا ہے۔ اور اسطرح یہ کسور سطحیں ان عفونتی حالتوں کے معرض اثر میں آجاتی ہیں جو منہ میں موجود ہوتی ہیں۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) دونوں قطعات سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس سے غیر وضعیت میں ترمیم ہو جائے گی۔ فرع کے کسور میں شاذ و نادر ہی زیادہ غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ کیونکہ عضلی بافت دونوں قطعوں سے تقریباً مساوی طور پر ہی چسپیدہ ہوتی ہے۔

اس ہڈی کے جسم کے کسور میں سنّی (dental) عصب تضرر سے اکثر حیرت انگیز طور پر بچ جاتا ہے، اور اسکی توجیہ یہ فرض کر لینے سے کیجاتی ہے کہ ہڈیوں میں اتنی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی جس سے یہ عصب پھٹ سکے۔ مگر حادثہ کے ہفتوں بعد ایسا ہوا ہے کہ یہ عصب نامی دشبذ (callus) سے اسقدر مضغوط ہو گیا ہے کہ اس کا فعل زائل ہو گیا ہے۔ ایک یا دونوں قندال نما زائدے (condyloid processes) ٹھڈی کے بل گرنے یا اس پر چوٹ کھانے سے اکثر ٹوٹ چکے ہیں۔

157 چانوی (mandibular) (صدغی فکی: temporo-maxillary)

مفصل کو ایک کیسہ سہارا دیتا ہے جسکی دبازت مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ کیسہ کا سب سے زیادہ موٹا حصہ خارجی حصہ ہوتا ہے (صدغی چانوی: temporo-mandibular یا جانبی رباط: lateral) اور اسکے بعد موٹائی میں اندرونی حصہ ہوتا ہے اور کیسہ کے مقدم اور موخر حصے

باریک ہوتے ہیں' اور مقدم حصہ خاصکر بہت باریک ہوتا ہے۔ چنانچہ جب اس مفصل میں تقیح واقع ہوجاتا ہے تو اس جوڑ کی خارجی جانب سے پیپ کے نکلنے کا سب سے کم امکان ہوتا ہے! اور کیسہ کے مقدم حصہ سے اسکے خارج ہونے کا احتمال سب سے زیادہ ہوتا ہے' اگرچہ یہ حصہ بہت بڑی حد تک خارجی جنیحی (external pterygoid) عضلہ کی چیپدگیوں سے بھی محفوظ ہوتا ہے۔

جبڑے کے قندال کے عین پیچھے عظمی منفــذ ہوتا ہے' اور اس سے ذرا اندر کی جانب اذن وسطی ہوتا ہے۔ جبڑے کے سامنے کیجانب پر سخت ضربات لگنے سے اِن ساختوں کو بعض اوقات ضرر پہنچ جاتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ اس مفصل کے مضبوط ترین رباط (خارجی جانبی) کا رخ نیچے اور پیچھے کیجانب کو ہوتا ہے تاکہ یہ قندال کی ہر اس حرکت کو جو اُس ہڈی کی نازک دیوار کی طرف ہو جو منفــذ اور طبل کو محدود کرتی ہے فوراً مزاحمت پیش کرے۔ اگر یہ رباط نہ ہوتا تو ٹھڈی کی ضرب اس حالت کی نسبت زیادہ خطرناک حادثہ ہوتی۔

اس مفصل کے **حرکات** عجیب ہیں۔ منہ کھولنے پر یہ مشاہدہ میں آئے گا کہ قندال مفصلی فراز پر آگے اور نیچے کیطرف کو حرکت کرتا ہے اور جبڑے کا زاویہ پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں حرکت کرتا ہے۔ تحتانی سنی سوراخ (inferior dental foramen) سے اگر ایک مستعرض خط کھینچا جائے تو یہ اس حرکت کا تقریباً محور ہوگا۔ چنانچہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تحتانی سنی (inferior dental) (جوفیزی: alveolar) اعصاب جانہ میں اقل حرکت کے مقام پر داخل ہوتے ہیں۔ خارجی جنیحی (external pterygoid) عضلات قندال کو مفصلی فراز پر سے کھینچکر منہ کے کھولنے میں سب سے زیادہ حصہ لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ٹھڈی جانی لامی (mylo-hyoid) اور دو شکمی (digastric) عضلات کے انقباض سے منخفض ہوجاتی ہے۔

خلع (dislocation) اس مفصل میں آگے کیطرف کو خلع آسانی سے واقع ہوسکتا ہے۔

158 یہ بعض اوقات یک جانبی ہوتا ہے اور بعض اوقات دوجانبی۔ موخر الذکر زیادہ عام ہے۔ اور یہ صرف اس حالت ہی میں واقع ہوتا ہے۔ جبکہ منہ اتفاق سے وسیع طور پر کھلا ہو۔ یہ خلع حقیقت میں تقریباً ہمیشہ تشنجی عضلی فعل سے پیدا ہوتا ہے جبکہ منہ کھلا ہو اگرچہ چند واقعات میں یہ بلا واسطہ ضرب مثلاً منہ اچھی طرح سے کھلا ہونے کی حالت میں نیچے کے سامنے کے دانتوں پر نیچے کی سمت میں ضرب لگنے سے بھی پیدا ہوا ہے۔ یہ ہنسنے، جمائی لینے اور بہت زور سے قے آنے کے دوران میں بھی

واقع ہو چکا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں یہ حادثہ اسوقت بھی ہوا ہے جبکہ دندان ساز منہ کا سبیکہ لے رہا تھا منہ کو وسیع طور پر کھولنے کی حالت میں قندال معہ بین مفصلی لیفی غضروف کے آگے کیطرف کو پھسل جاتے ہیں۔ یہ لیفی غضروف مفصلی فراز (eminentia articularis) کی مقدم کور تک پھیلا ہوتا ہے جسپر اسکو وصول کرنے کے لئے غضروف کا استر چڑھا ہوتا ہے۔ قندال اس فراز کی چوٹی تک کبھی نہیں پہنچتا۔ کیسہ کے تمام حصے سوائے مقدم حصہ کے تنیدہ ہوجاتے ہیں۔ اکلیلی زائدہ بہت منخفض ہو جاتا ہے۔ اب اگر خارجی جنیجی (external pterygoid) عضلہ (وہ عضلہ جو اس خلع کا زیادہ تر ذمہ دار ہوتا ہے) زور سے منخفض ہوجائے تو قندال جلدی سے فراز مذکور کے اوپر سے کھسکر وجنی حفرہ (zygomatic fossa) میں پہنچ جاتا ہے اور درون مفصلی غضروف پیچھے رہ جاتا ہے۔ جدید محل پر پہنچنے کے ساتھ ہی یہ صدغی (temporal)، داخلی جنیجی (internal pterygoid) اور مضغی (masseter) عضلات سے اوپر کیطرف کو کھچ جاتا ہے اور وہاں کم و بیش مثبت ہو جاتا ہے۔

جانہ کا خلع جزوی (subluxation of the mandible)۔ یہ نام جبڑے کے خفیف سے اور بالکل غیر مکمل خلع کو دیا گیا ہے جو نازک مستورات میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ درون مفصلی غضروف کی غیر وضعیت سے پیدا ہوتا ہے۔ اسکا علاج اس غضروف کے استیصال یا اسکو دوخت کے ذریعہ سے مفصل کی اردگرد کی لیفی ساختوں سے ٹانک دینے سے کیا جاتا ہے (اینن ڈیل Annandale:)۔

جانہ کا استیصال (excision of the mandible)۔ نیچے کے جبڑے کے معتدبہ حصوں کا استیصال منہ میں سے بغیر خارجی زخم کے کیا جا سکتا ہے۔

اس جبڑے کے ایک سالم نصف کا استیصال کرنے کے لئے ایک شگاف انتصابی سمت میں نیچے کے لب میں سے گزرتا ہوا ٹھوڈی کے سرے تک دیا جاتا ہے۔ اور پھر اسکو پیچھے کیطرف کو جبڑے کے تحتانی کنارہ کے ساتھ کھینچکر فرع کے موخر کنارہ پر سے انتصابی رخ میں اوپر کو لاکر کان کی لو کے قریب ختم کر دیا جاتا ہے۔ جو نرم حصے کاٹے جاتے ہیں انکو تین عنوانات میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ (۱) وہ جو پہلے شگاف سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جو ہڈی کی بیرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۳) وہ جو ہڈی کی اندرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔

ا۔ (ا) مقدم انتصابی شگاف میں :۔ جلد وغیرہ، عضلہ محیطتہ الفم (orbicularis oris)، تحتانی اکلیلی (inferior coronary) اور تحتانی لبی (inferior labial) عروق، تحت ذقنی (submental) شریان کی شاخیں۔ رافعتہ الذقن (levator menti)، ذقنی (mental) عروق اور عصب، مقدم وداجی (anterior jugular) ورید کی بعض چھوٹی چھوٹی شاخیں۔ (ب) افقی شگاف میں :۔ جلد وغیرہ، عضلہ منتشرہ (platysma)، سطحی عنقی (superficial cervical) عصب (عنقی جلدی عصب: nervus cutaneous colli) کی شاخیں، عصب وجہی کے فوق چانوی حصہ کی شاخیں، وجہی شریان اور ورید و مضغیہ (masseter) کے کنارہ پر، اور عصب وجہی کی تحتانی چانوی (inframandibular) شاخ (یہ لازمی طور پر کاٹی نہیں جاتی)۔ (ج) موخر انتصابی شگاف ہڈی تک نہیں پہنچتا اور یہ صرف غدہ نکفیہ کی سطح اور عضلہ مضغیہ کے موخر کنارہ کے کچھ حصہ کو معرا کرتا ہے۔

(۲) بیرونی سطح کو صاف کرنے میں مندرجہ ذیل حصص کو بذریعہ تقطیع پیچھے کو الٹا دیا جاتا ہے۔ رافعتہ الذقن (levator menti) اور دو عضلات خافض، عضلہ بوقیہ (buccinator)، عضلہ مضغیہ (masseter) [غدہ نکفیہ کا کچھ حصہ اس پر مستعرض واقع ہوتا ہے اور مستعرض وجہی (transverse facial) عروق، عصب وجہی اور سٹینسن (Stenson) کی قنات اس پر سے گزرتے ہیں]، مضغیتی (masseteric) عروق اور عصب، عضلہ صدغیہ (temporal muscle)۔

(۳) اندرونی سطح کو صاف کرنے میں :۔ دوشکمی (digastric) عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور چانیہ لامیہ (mylo-hyoid)، فوقانی مضیق (superior constrictor) کے چند ریشہ جات، داخلی جنیحی (internal pterygoid) عضلہ، تحتانی سنی (inferior dental) (جوفیزی: alveolar) شریان اور عصب، چانی لامی (mylo-hyoid) عروق اور عصب۔ داخلی جانبی (internal lateral) رباط، عضلہ صدغیہ کا بقیہ منتہی، غشائے مخاطی۔

وہ حصص جن کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے :۔ عصب وجہی بشرطیکہ موخر انتصابی شگاف کو بہت اوپر لے جائیں۔ داخلی فکی (internal maxillary) شریان، صدغی فکی (temporo-maxillary) ورید، اذینی صدغی (auriculo-temporal) عصب، (یہ وہ ساختیں ہیں جو جبڑے کے قندال سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہیں) خارجی سباقی (external

(carotid) شریان، عصب لسانی ہکفی، تحت چانوی (submandibular) اور تحت اللسانی
(sublingual) غدد۔ ایسا ہو چکا ہے کہ زیر گرد عظمی استیصال کے بعد تمام کی تمام ہڈی دوبارہ 160
پیدا ہو گئی ہے۔

بدشکلیاں (deformities) نیچے کا جبڑا کبھی بالکل غائب ہوتا ہے اور کبھی اسکے ابعاد بہت قصیر ہوتے ہیں اور کبھی اسکا تکون غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالتیں خلقی ہوتی ہیں اور انکا انحصار چانوی یا پہلی حشوی محراب کے جس سے یہ جبڑا بنتا ہے ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ انکے ساتھ اکثر خیشومی ناسور (branchial fistulæ)، مستزاد کان، کبر الفم (macrostoma) اور اسی طرح کے دوسرے نشوہات پائے جاتے ہیں۔

جبڑوں کے اعصاب۔ اوپر کے دانتوں کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت رسد پہنچاتی ہے، اور نیچے کے دانتوں کو اسکی تیسری قسمت۔ سنّی اعصاب کے خراش آور ضررات سے فعل معکوس کے بہت سے تعجب خیز مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایسی حالتوں کے متعلق اطلاع دیجا چکی ہے جنمیں حول العین (strabismus)، عارضی کوری اور کج گردنی (wry-neck) بوسیدہ دانتوں کی خراش سے پیدا ہوئے ہیں۔ ہلٹن (Hilton) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکو نیچے کے جبڑے کے ایک بوسیدہ دانت کیوجہ سے (جسکو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے رسد پہنچتی تھی) بہت تکلیف تھی۔ اسمیں اس خطہ پر جسکو اذنی صدغی (auriculo-temporal) عصب رسد پہنچاتا ہے (یہ بھی تیسری قسمت کی شاخ ہے) سفید بالوں کا ایک قطعہ نمودار ہو گیا تھا۔ نیچے کی تیسری داڑھ کی جڑیں سنّی (dental) (چانوی : mandibular) قنال کے بہت قریب واقع ہوتی ہیں۔ لہذا اگر یہ دانت بے احتیاطی سے نکالا جائے تو عصب کے دریدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ یہ جڑیں عصب مذکور کو گھیرے ہوئے بھی ہوتی ہیں۔

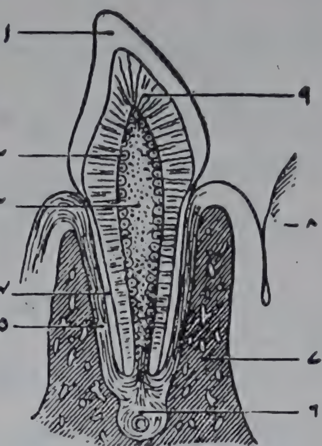
دانتوں کی بوسیدگی میں اکثر چہرہ اور گردن کی ایک جانب پر بیش حسیت کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ سنی بوسیدگی سے پیدا شدہ درد کے بعض رقبہ جات جلد کیطرف معکوس ہونے کی توجیہ کی تلاش مرکزی عصبی نواتات کے قریبی ایتلاف میں کرنا چاہیے جنمیں جلدی اور سنی اعصاب جا کر ختم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳۷، صفحہ 148)۔ گردسنی غشا کے مرض سے درد ہائے بعید پیدا نہیں ہوتے (ہیڈ : Head)۔

چبانے کے عضلات پر اکثر تشنج کا حملہ ہوجاتا ہے ۔ جسم کے اور کسی حصہ کے عضلات کے کسی گروہ کے عضلاتِ مقابل اتنے کمزور نہیں ہیں جتنے کہ چانوی خط کے ہیں ۔ چانہ میں کاٹنے اور پیسنے کی جو بہت سی طاقت موجود ہوتی ہے وہ صدغیہ (temporal)، مضغیہ (masseter) اور داخلی جنیجی عضلہ (internal pterygoid) کی وجہ سے ہے ۔ انکے مقابل عضلات 161
جو چانہ کو منخفض کرتے ہیں یعنی خارجی جنیجی عضلہ (external pterygoid)، دوشکمی عضلہ (digastric)، چانیہ لامیہ (mylo-hyoid)، ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) انکی صرف خفیف سی مزاحمت کرسکتے ہیں۔ چنانچہ جسوقت یہ تشنج کی حالت میں ہوتے ہیں، یہ اپنے مقابل عضلات پر فوراً غالب آجاتے ہیں۔ جب تشنج رجعی ہوتا ہے تو دانت بجنے لگتے ہیں! اور جب تشنج تنشی ہوتا ہے تو منہ زور سے بند ہوجاتا ہے، اور ایک حالت پیدا ہوجاتی ہے جو فک بستگی (trismus) (دانتی لگنا) کے نام سے موسوم ہے ۔ فک بستگی کزاز کے اولین علامات میں سے ہے ۔ مزید برآں پانچویں عصب کی تیسری قسمت کی کسی ایک شاخ کی خراش سے اسکے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے ۔ چنانچہ نیچے کے دانتوں کی بوسیدگی اور نیچے کی عقل داڑھ کے نکلنے کے دوران میں فک بستگی عام طور پر پائی جاتی ہے اوپر کے دانتوں کے سٹ کے عوارض میں یہ بہت کم موجود ہوتی ہے ۔ اگر عقدہ گیسری (Gasserian ganglion) کا استیصال کرتے وقت پانچویں عصب کی تیسری قسمت کٹ جائے تو متناظر جانب پر عضلاتِ مضغ مشلول و مذبول ہوجاتے ہیں۔ مگر تب بھی تندرست جانب کے عضلات جبڑے کے ان ضروری حرکات کو جو نطق اور مضغ سے تعلق رکھتے ہیں سرانجام دے سکتے ہیں۔

دانت ۔ عمر کا اندازہ کرنے کے لئے دانت نکلنے کے مندرجہ ذیل اوقات بیان کئے گئے ہیں۔ **عارضی دانت** ۔ زیرین وسطی ثنایا چھٹے مہینہ سے لیکر نویں مہینہ تک۔ بالائی ثنایا دس ماہ پر زیرین جانبی ثنایا اور چار پہلی داڑھیں کچھ مہینے بعد۔ بعد ازاں چار یا پانچ ماہ کے وقفہ کے بعد انیاب نکلتے ہیں، اور اخیر میں دوسری داڑھیں نکلتی ہیں۔ دوسرے سال کے اختتام پر تمام دانت اپنی اپنی جگہ پر موجود ہوتے ہیں۔ **مستقل دانت** ۔ پہلی داڑھیں چھٹے یا ساتویں سال ۔ اسکے بعد آٹھویں سال میں ترتیب وار زیرین وسطی ثنایا، اور پھر بالائی وسطی ثنایا، اور کچھ عرصہ بعد جانبی ثنایا ۔ پہلے ضواحک نویں یا دسویں سال ۔ دوسرے ضواحک اور انیاب گیارھویں سال کے قریب انمیں سے نیچے کے اوپر کے دانتوں سے پہلے نکلتے ہیں۔ دوسری داڑھیں بارھویں یا تیرھویں سال ۔ عقل داڑھ ۱۸ سے ۲۵ سال میں یا اسکے بعد۔

جوفیزی خراج (alveolar abscess) دانت کے سنخ کے قریب بنتا ہے۔ 162

جن دانتوں کا ایک سنخ ہوتا ہے انمیں پیپ سنخ کے میزاب کے ساتھ نکل آتی ہے۔ دوسرے دانتوں میں اسکا رجحان جوفیزہ کو منثقب کرنے کیطرف ہوتا ہے۔ اگر سنخ کا سرا اس مقام کے اندر ہے جہاں غشائے مخاطی مسوڑے پر سے رخسار پر منعکس ہوتی ہے تو خراج منھ میں پھٹ جائے گا۔ لیکن اگر سنخ کا سرا اس انعکاس کے باہر ہے یا اگر پیپ خط انعکاس کے ورا اتر سکتی ہے تو یہ بعض اوقات رخسار میں سے نکل آتی ہے۔ بالائی ثنایا یا انیاب کا جوفیزی خراج رخسار میں سے کبھی نہیں پھٹتا۔ جب اسکا تعلق اوپر کی داڑھوں سے ہو تو یہ بعض اوقات ایسا کرتا ہے۔ جو خراج اوپر کی پہلی داڑھ یا دوسرے مقدم ضاحکہ کی جڑوں پر بنتا ہے وہ اکثر فکی جوف میں پھٹ جاتا ہے۔ ثنایا، انیاب، اور پہلے مقدم ضواحک کی جڑیں اس جوف سے زیادہ دور واقع ہوتی ہیں۔ لہذا جو خراجات ان سے تعلق رکھتے ہیں وہ شاذ و نادر ہی جوف میں پھٹتے ہیں! اور جب خراج کا تعلق نیچے کے کسی دانت سے ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات رخسار کی جلد میں سے نمودار ہوتا ہے۔



شکل ۳۹ ۔ ایک ثنیہ کی تصویر۔

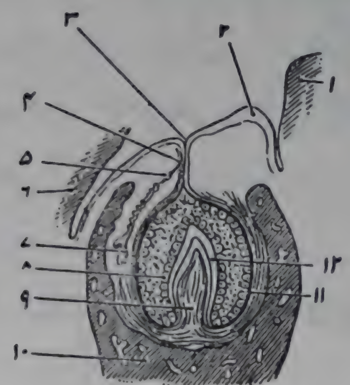
(۱) مینا۔ (۲) ناہض السن۔ (۳) مغز۔ (۴) جلبہ حجریہ۔ (۵) گردسنی غشا۔ (۶) سنی قنال۔ (۷) ہڈی۔ (۸) لب۔ (۹) ڈینٹین۔

اوپر کی عقل داڑھ اوپر کے جبڑے کے موخر کنارے میں اور نیچے کی عقل داڑھ فرع صعودی کی اندرونی جانب میں نمو پاتی ہے۔ بعض اوقات یہ داڑھیں اپنے محل پر ظاہر ہونے میں ناکام رہتی ہیں یا گہرائی میں ہی مدفون رہتی ہیں۔ انکی وجہ سے کبھی کبھی عمیق اور پوشیدہ خراجات پیدا ہو جاتے ہیں جنکا منھ اکثر گردن میں ان کے مبدا سے کچھ فاصلہ پر بنتا ہے۔

دانت کی ساخت۔ دانت مندرجۂ ذیل حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (ا) ڈینٹین (dentine) جسکے اوپر (ب) **مینا** (enamel) ٹوپی کیطرح چڑھا ہوتا ہے! اور مینا کے اندر ایک مرکزی کہفہ مغز ہوتا ہے۔ جسکے اندر (ج) **مغز** (pulp) ہوتا ہے۔ جڑ (root) یا دانت کے

163 مدفون حصہ کے اردگرد ایک عظمی تہ ہوتی ہے جو **جلبہ حجریہ** (crusta petrosa) کے نام سے موسوم ہے۔ اور یہ ایک وقبہ میں ایک **گردسنی غشا** (periodental membrane) کے ذریعہ سے ثبت ہوتی ہے۔

نمو۔ مینا (enamel) فم الاصلی (stomodæum) کے برناھض (epiblast) کی ایک دروں بالیدہ سے تیار ہوتا ہے۔ اور ڈینٹین (dentine) میان ناھضی سنی حلیمہ کی سطح کے اوپر خاص خلیات (سنی ناھضات : odontoblasts) کی فعالیت سے نمو پاتی ہے جن پر شاخدار زائدے ہوتے ہیں جو ڈینٹین (dentine) کے انیبیبات میں سے تشعع ہوتے ہیں۔ مغز (pulp) سنی حلیمہ کا بقیہ حصہ ہوتا ہے! ور شاخدار خلیات سے مرکب ہوتا ہے اور اسمیں دانت کا عصب اور اسکی شریان اور وریدہ ہوتی ہے۔ دورانِ نمو میں جنینی دانت ایک **سنی ناچہ** (dental sac) میں ہوتا ہے جو جو فیزہ میں مدفون ہوتا ہے (شکل ۴۰)۔



شکل ۴۰۔ ثنیہ کا نمو جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں۔ ۱۔زیریں لب۔ ۲۔مسوڑا۔ ۳۔میزاب۔ ۴۔سنی شیلف کا خطہ۔ ۵۔برجلمی دروں بالیدگی۔ ۶۔زبان۔ ۷۔مستقل دانت کا نبتہ مینا۔ ۸۔مینا ناھض (ameloblast) ۹۔حلیمہ۔ ۱۰۔جبانہ کی تراش۔ ۱۱۔سنی ناچہ۔ ۱۲۔ دودھ کے دانت کا مینا۔

مستقل دانت ان کلیوں سے پیدا ہوتا ہے جو نامی دودھ کے دانت کی لسانی طرف پر واقع ہوتی ہیں۔ یہاں ایک برناھضی دروں بالیدگی پیدا ہوجاتی ہے جس سے آئندہ مستقل دانت کا مینا بنتا ہے۔ مستقل داڑھیں سنی شیلف (dental shelf) کے عقبی تطول سے پیدا ہوتی ہیں پہلی داڑھ دانتوں میں سے پہلا مستقل دانت ہوتی ہے۔ اسکو تقریباً چھٹے سال نکل آنا چاہئے۔

سنی سلعات (odontomes) سات یا آٹھ قسم کے ناقص سنی نمو سے نتیجۃً پیدا ہوسکتے ہیں۔ مگر آدمی میں صرف تین قسمیں عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور وہ یہ ہیں (۱) **جرابی سنی سلعہ** (follicular odontome) یا **حامل الس دویرہ** (dentigerous cyst)

164 جو سنی ناچہ (dental sac) کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتا ہے، اور اسمیں سنی تاج کا مابقی موجود ہوتا ہے جیسا کہ شعاع نگاری سے ظاہر ہوتا ہے (۲) **سر حلمی سنی سلعہ** (epithelial odontome) یا **جبڑے کا تلیفی دویری مرض** (fibro-cystic disease of the jaw) جس میں برنامضی عنصر کا نمو غلط طریقہ پر ہوتا ہے جس سے کثیر دویری سلعہ بنجاتا ہے۔ اور (۳) **سنی دویرہ** (dental cyst) یہ ایک ناشپاتی نما ناچہ ہوتا ہے جو کسی سنی سنخ سے چسپیدہ ہوتا ہے جسمیں راسی بوسیدگی کے امارات بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر قسم عمومی طور پر ایک التہابی حاصل خیال کیجاتی تھی، مگر اب اسے اکثر سر حلمی سنی سلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاتا ہے (جے۔ جی۔ ٹرنر؛ J. G. Turner)، کیونکہ نسیجیاتی نقطۂ نگاہ سے اسکا استر پست قامت مکعبی خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ جرابی اور عظیم الجسامت سر حلمی سنی سلعات جانہ پر نہایت کثرت سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ سنی دویرہ اوپر کے جبڑے میں کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور دانت نکالتے وقت اسکی جڑ سے چپکا ہوا بعض اوقات سالم باہر نکل آتا ہے۔

165

باب ہشتم

منھ-زبان-حنک اور بلعوم

منھ

لب-جن بڑی بڑی ساختوں سے لب مرکب ہوتے ہیں انمیں آپس میں باہر کیطرف سے لیکر اندر کیطرف کو مندرجۂ ذیل تعلقات پائے جاتے ہیں :- (۱) جلد-(۲) سطحی ردا-(۳) عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris)-(۴) شفوی (labial) (اکلیلی: coronary) عروق-(۵) مخاطی غدد اور (۶) غشائے مخاطی-

لب کا آزاد کنارہ بہت حساس ہوتا ہے! ور بہت سے انتہائی بصلات والے اعصاب یہاں آکر ختم ہوتے ہیں جو لمسی جسیمات (tactile corpuscles) کے مشابہ ہوتے ہیں-بالائی لب کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت حس پہنچاتی ہے' اور زیرین لب کو تیسری قسمت-ان شفوی اعصاب کے اوپر اکثر نملہ کی ایک فصل نمودار ہو جاتی ہے (نملۂ شفوی: herpes labialis)-

لبوں میں بہت سی **اتصالی بافت** موجود ہوتی ہے' اور کوفتگی یا التہاب یا تہیج سے انمیں معتد بہ ورم پیدا ہو سکتا ہے-یہ بہت حرکت پذیر ہوتے ہیں! ور ایک معتد بہ فاصلہ تک ہر قسم کی عظمی چسپیدگی سے بالکل آزاد ہوتے ہیں-اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لبوں کے تباہ کن التہاب! ور جرم کے ایسے نقصانات سے جو شدید احتراقات میں پائے جاتے ہیں' منھ کا بہت سا انقباض

اور بدشکلی پیدا ہوجائے گی۔ مزید برآں منہ کے قرب وجوار میں منقبض ہونے والے ندبات سے لبوں کے کھنچنے کا احتمال ہوتا ہے جس سے یہ یا تو باہر کیطرف مڑجاتے ہیں اور یا اسی قسم کی دوسری بدشکلیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔ یہ ایک خوش قسمتی ہے کہ منہ کے اردگرد کی بافتوں کا ڈھیلا پن اور اس حصہ کی عمومی عروقیت سے بہت سے ترقیمی عملیوں میں جو ان بدشکلیوں کو رفع کرنے کے لئے کئے جاتے ہیں کامیابی حاصل کرنے میں مدد ملتی ہے۔

166 کثیر العروق ہونے کیوجہ سے لب اکثر شامات (nævi) اور دیگر عرقی سلعات کا محل ہوتے ہیں شفوی شریانیں کبیر الجسامت ہوتی ہیں اور انکا نبضان لب کی چٹکی بھرنے سے بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عروق عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris) کے نیچے سے گزرتے ہیں۔ اور اسلئے یہ جلد کی نسبت غشائے مخاطی سے زیادہ نزدیک ہوتے ہیں۔ جب لب کی اندرونی سطح کسی ضرب کیوجہ سے دانت کے مقابل سے کٹ جاتی ہے تو ان شریانوں کے زخمی ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ زخم نظر سے پوشیدہ ہوتے ہیں اسلئے ان سے پیدا شدہ نزف کیوجہ سے بعض اوقات تشخیص میں غلطی پیدا ہوگئی ہے۔ چنانچہ ایرکسن (Erichsen) ایک مخمور آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جو ایک ایسے ہی زخم کا موضوع تھا اور جس نے وہ خون جو ایک شفوی شریان سے بہتا تھا نگل کر خون کی قے کی تھی۔ اسکے متعلق کچھ عرصہ کے لئے یہ فرض کرلیا گیا تھا کہ یہ کسی اندرونی ضرر کا مریض ہے۔ چونکہ شفوی شریانوں میں تفممات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اسلئے جب کبھی شفوی شریان کٹ جائے تو اس کے دونوں سروں کو باندھنا بالعموم ضروری ہوتا ہے۔

مخاطی غدد جو زیر مخاطی ساخت میں پائے جاتے ہیں عظیم الجسامت اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ ان غدد کی قناتوں کے بند ہوکر متمدد ہوجانے سے دودھیا نیلگوں **مخاطی دویرے** (mucous cyst) پیدا ہوجاتے ہیں جو لبوں پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

لب زیرین کی **لمفی مسلیت** اہمیت رکھتی ہے کیونکہ اسکے شنکر (chancre) کا ایک امتیازی خاصہ یہ ہے کہ زیرذقنی غدد قبہ نما شکل میں کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں چنانچہ اس سے چہرہ کا خاکہ عجیب طور پر متغیر ہوجاتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ دو ٹھڈیاں ہیں۔ مزید براں نیچے کے لب پر سرطانی سلعہ بھی عام طور پر واقع ہوتا ہے، اگرچہ اُس زمانہ کی نسبت یہ شائد اب قلیل الوقوع ہے جبکہ کھردری نلی والے مٹی کے چھوٹے چھوٹے پائپ زیادہ استعمال کئے جاتے تھے۔ اس کتاب کے ایک سابقہ اڈیشن میں ٹریوز (Treves) نے یہ بیان کیا تھا کہ "سرطانی سلعہ جسم کے کسی دوسرے

حصہ کی نسبت نیچے کے لب میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے"۔ مگر اب یہ بیان صحیح ثابت نہیں ہوتا جبکہ زبان اور مری کا سرطلمی سلعہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے نیچے کے لب کے عروق لمف ٹھڈی اور نیچے کے جبڑے کی فرع پر سے گزر کر زیر ذقنی (submental) اور زیرچانوی (submandibular) 167
غدد میں چلے جاتے ہیں۔ موخر الذکر میں سے بہت سے زیر فکی (submaxillary) ریقی غدد میں مدفون ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 228)۔

وی (V) کی شکل کے شگاف کو جو لب کے سرطلمی سلعہ اور اسکے لمفی میدان کو علٰحدہ کرنیکے لئے بہت مروج ہے ترک کر دینا چاہیئے۔ کیونکہ اس سے ان لمفی عروق کے شامل کرنے میں ناکامی ہوتی ہے جو زیر فکی غدہ کیطرف جاتے ہیں اور جنمیں سے بعض تو زیر ذقنی خطہ میں سے گزرتے بھی نہیں۔ شگاف کے اطراف مستدق ہونے کی بجائے منفرج ہونے چاہئیں، گو اس طریقہ سے بعد میں کناروں کے نزدیک لانے میں دقت پیش آتی ہے جسکی وجہ سے سرجن کو ٹھڈی کے ڈھکنے کے لئے ترقیعی ترکیبوں سے کام لینا پڑتا ہے۔ مزید برآں اگر سرطلمی سلعہ کنج دہن کے نزدیک یا اسکے اوپر واقع ہو تو شگاف میں اوپر کے لب کے کچھ حصہ اور رخسار کی ہم پہلو بافتوں کو شامل رکھنا چاہیئے تاکہ ان عروق لمف کو جو سرطانی خلیات کے حامل ہیں کاٹنے اور اسطرح مرض کے بارِ دیگر منتقب ہونے کا خطرہ نہ رہے۔ اس جگہ بھی جیسا کہ دوسرے مقامات پر کیا جاتا ہے ابتدائی بالیدا ور اس کی لمفی ہسیلیت کے تمام میدان کو ضرور ایک سالم تودہ کی شکل میں کاٹ کر علٰحدہ کر دینا چاہیئے۔ لہٰذا یہ ظاہر ہے کہ زیر فکی ریقی غدد کا بھی ایک یا دونوں طرف پر ایثار کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں غدد کا دور کر دینا دانشمندی ہے کیونکہ بعض اوقات عروق لمف زیر ذقنی خطہ کو عبور کر جاتے ہیں۔

"خرگوشی لب" (hare-lip) نیچے کے لب میں درز دار حنک (cleft palate) کے موضوع میں پایا جاتا ہے۔

خدی کہفہ (buccal cavity)۔ منہ کے اندر کا امتحان کرتے وقت مندرجۂ ذیل امور کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ منہ کے فرش پر قید اللسان (frenum linguæ) کی ہر ایک طرف تحت اللسانی حلیمہ جات (sublingual papillæ) وہارٹن (Wharton) کی قنات کے فتحات کے ساتھ دیکھے جا سکتے ہیں۔ بارتھولن (Bartholin) **کی قنات** (جو تحت اللسانی غدہ کی قناتوں میں سے ایک ہے) زیرچانوی (وہارٹن کی :Wharton's) قنات کے

آخری حصہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے، اور یہ یا تو اسی کے ساتھ مل کر کھلتی ہے اور یا اسکے بہت نزدیک کھلجاتی ہے۔ یہ قنات خاص طور پر تمدد ناپذیر ہوتی ہے۔ اور اس سے اس شدید درد کی محسوس ہونے کی جو اسکے کسی حصاۃ سے مسدود ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ اس
168 قنات اور لسانی عصب (lingual nerve) کا قرب بھی بعض حالتوں میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ زیر جانوی غدہ غشائے مخاطی کے نیچے سے جبڑے کے زاویہ کے ذرا سامنے شناخت کیا جا سکتا ہے، خاصکر جبکہ اسکو باہر سے اوپر کیطرف کو دبایا جائے۔ منہ کے فرش پر جو فیزہ اور زبان کے



شکل ۱۴۱۔ زبان اور جانہ میں سے گزرتی ہوئی تراش، زیر لسانی غدہ اور لسانی شریان کو ظاہر کرنیکے لئے۔

(پوائےریئر Poirier: کے مطابق۔)

مقدم حصہ کے درمیان غشائے مخاطی کا ایک بخوبی نمایاں حید ہوتا ہے، جس کا نام زیر لسانی ثنیہ (plica sublingualis) ہے جو زیر لسانی حلیمہ کی طرف کو جو فید اللسان کے قریب واقع ہوتا ہے آگے کیطرف اور اندر کیطرف کو ترچھے رخ میں جاتا ہے۔ یہ زیر لسانی غدہ کے محل (شکل ۱۴۱) اور نیز اپنے تمام طول میں زیر جانوی قنات کے ممر اور لسانی عصب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ساختیں معہ زیر لسانی شریان کے غشائے مخاطی کے نیچے اس غدہ اور زبان کی ایک جانب کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ زیر لسانی غدہ کی قناتیں جو دس سے لیکر بیس تک ہوتی ہیں غشائے مخاطی کے مذکورہ بالا حید کے ساتھ ساتھ منہ میں کھلتی ہیں۔

ضفدعہ (ranula) جو مخاطی مشمولات سے پُر ایک نیلگوں دو ریری سلعہ ہوتا ہے

زیر لسانی غدہ کے محل پر قید اللسان کی ایک طرف دیکھنے میں آتا ہے۔ اسکی اصل مشتبہ ہے اور اسے مخاطی غدہ یا زیر لسانی غدہ یا بلینڈن (Blandin) اور نوہن (Nuhn) کے راسی لسانی غدہ کی قنات کے انسداد سے مختلف طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔ اور گلویسٹن (Galveston) کا باشندہ تھامسن (Thomson) اس امر کا ثبوت پیش کرتا ہے کہ ضفدعہ (ranula) بعض اوقات 169
عنقی یا تحت الفکی دویروں کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ اور اس حالت میں یہ عنقی جوف (cervical sinus) کے جو نمو پانے والی گردن میں دیکھنے میں آتا ہے ایک حصہ کا غیر مسدود مابقی ہوتا ہے جو اپنے مناسب محل سے علیحدہ ہوکر بارھویں عصب کے تفرع کے عضلات کے زبان میں منتقل ہونیکے دوران میں آگے کیطرف کو چلا آتا ہے۔

جہاں منہ کے فرش کی غشائے مخاطی مسوڑوں پر منعکس ہونے کے لئے آگے بڑھتی ہے وہاں یہ جبڑے کے اوپر کے کنارے کے پاس ہی اس سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۱)۔ یہاں بھی بعض مخاطی غدد واقع ہوتے ہیں جنمیں بعض اوقات دویرے پیدا ہوجاتے ہیں۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اسکے نیچے کے کنارے کے نزدیک چسپیدہ ہوتا ہے۔ ان دونوں ساختوں (غشائے مخاطی اور عضلہ) کے درمیان ٹلو (Tillaux) کے قول کے مطابق ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے جس کا استر فلسمانی سرحلمہ کا ہوتا ہے۔ اس کہفہ کو **زیر لسانی درجک** (sublingual bursa) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مرکز پر یہ قید اللسان کیوجہ سے مضیق ہوتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ "حاد ضفدعہ" (acute ranula) میں فساد کا مقام یہی ہوتا ہے۔ اس کی موجودگی کی توجیہ ضفدعہ (ranula) کے تھامسن (Thomson) کے مذکورہ بالا نظریہ سے کی جاسکتی ہے۔

جب منہ وسیع طور پر کھولا جائے تو جنیبی چانوی (pterygo-mandibular) رباط غشائے مخاطی کے نیچے آسانی سے نظر آسکتا ہے اور محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ سب سے پچھلی داڑھ کے پیچھے سے ترچھے رخ میں نیچے کیطرف کو جاتا ہوا ایک نمایاں شکن کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔

جہاں یہ رباط چانہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اس سے ذرا نیچے اور سامنے کیطرف لسانی عصب جو ہڈی کے نزدیک اخیر کی داڑھ کے عین نیچے واقع ہوتا ہے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی سے ملا ہوتا ہے کاٹا بھی جاسکتا ہے اور پچکاری کی سوئی سے بھی اس تک رسائی کیجاسکتی ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی کے ساتھ ملا ہوتا ہے نچلی داڑھ کو بھونڈے

طریقہ سے نکالنے میں چھٹے کے سلسلے سے کہلا جا چکا ہے۔

نیچے کے جبڑے کا اکلیل نما زائدہ (coronoid process) منہ میں سے بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے، اور اس ہڈی کے مخلوع ہونے پر یہ خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

آخری داڑھ اور جانہ کی فرع کے درمیان بعض اوقات ایک اچھی خاصی فضا موجود ہوتی ہے جسکے راستہ سے فک بستگی یا جبڑے کی جماۃ (ankylosis) کے دوران میں مریض کو غذا دیجا سکتی ہے۔

خلقی ادمیہ نما اور درقی دو یرے (congenital dermoid and thyroid cysts) 170

بعض اوقات منہ کے فرش میں اور نیچے کے جبڑے کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایسے دویروں کے متعلق یہ فرض کیا جاتا ہے کہ یہ پہلی حشوی (visceral) یا پس جانوی (postmandibular) درز کے ناقص طور پر بند ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا یہ وسطانی درقی بالیدگی کسی ضال کلی سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسوڑے بستہ، محکم اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ دانت نکالنے پر جو خون نکلتا ہے وہ زیادہ تر انہیں سے خارج ہوتا ہے۔ مسمومیت سیماب میں مسوڑے خاص طور پر متاثر ہو جاتے ہیں اور نیز سقربوط (scurvy) میں بھی یہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سیسہ کی مزمن مسمومیت میں انکے حاشیوں پر اکثر ایک نیلی لکیر ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ لیڈ سلفائیڈ (lead sulphide) کے مسوڑوں کی بافتوں میں فراہم ہو جانے سے مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دانتوں پر جو فواضل غذا جمع ہو جاتے ہیں انکی تحلیل سے ہائیڈروجن سلفائیڈ (hydrogen sulphide) پیدا ہوتا ہے اور یہ اس سیسہ پر جو خون میں دورہ کر رہا ہے عمل کرنے سے اس مطروح کو پیدا کر دیتا ہے۔ لہذا یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نیلی لکیر ان اشخاص میں نہیں ہوتی جو دانت صاف رکھتے ہیں۔ بسمتھ (bismuth) کی مسمومیت میں بھی بعض اوقات اسی قسم کی لکیر پائی جاتی ہے۔

زبان

زبان کی زیریں سطح پر قید اللسان (frenum) سے ½ انچ سے کم فاصلہ پر غشائے مخاطی کے

نیچے ضفدعی ورید (ranine vein) (رفیق تحت اللسانی: comitans hypoglossi) کا سرا دیکھا جاسکتا ہے۔غشائے مخاطی کے دو مرتفع اور شکن دار خط بھی اس عضو کی زیرین سطح پر دیکھے جاسکتے ہیں جو زبان کی نوک کیطرف مستدق ہوتے جاتے ہیں۔یہ ضفدعی (ranine) شریان (عمیق لسانی :deep lingual) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں، جو ورید کی نسبت جسکے یہ قریب ہی واقع ہوتی ہے زیادہ گہری ہوتی ہے۔زبان کی مستعرض تراش میں ضفدعی شریان (ranine artery) نیچے کی سطح سے ۳ تا ۶ ملی میٹر کے فاصلہ پر زبان کے اسی نصف کی مستعرض تراش کے وسطی اور اندرونی ثلثوں کے مقام انتصال پر پائی جاتی ہے۔اس امر کا علم زبان کے کسی حصہ کو دروں دہنی طریقہ سے لسانی شریان کو باندھنے کے بغیر علیحدہ کرتے وقت مفید ثابت ہوتا ہے۔

171 زبان کے خلقی نقائص نہایت ہی نادر الوقوع ہیں۔بعض اوقات اسکی نوک میں ایک بے قاعدہ درز موجود ہوتی ہے اور یا اسپر غدی سعدانے موجود ہوتے ہیں جو شائد اُن غدد سے پیدا ہوتے ہیں جو زبان کی نوک کے نیچے طبعی طور پر موجود ہوتے ہیں۔

شاذ شاذ حالتوں میں قید اللسان غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔اور عقدۃ اللسان (tongue-tie) پیدا ہوجاتا ہے جو حقیقت میں بہت قلیل الوقوع عارضہ ہے۔عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) جو زبان کا خاص عضلہ ہے، اور عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) ارتفاق کے ذقنی (genial) (مثل : mental) درنہ جات سے نکلتے ہیں۔زبان ان چپیدگیوں کیوجہ سے جو ارتفاق کے ساتھ ہوتی ہیں پیچھے کیطرف گرنے سے رُکی رہتی ہے۔اگر ان چپیدگیوں کو کاٹ دیا جائے تو زبان الٹائی اور نگلی بھی جاسکتی ہے۔مکمل عدم حسیت میں جیسی کہ کلوروفارم سے پیدا ہوتی ہے جب زبان کی تمام عضلی چپیدگیاں ڈھیلی پڑجاتی ہیں تو اسکے پیچھے کی طرف کو گرجانے، اور لکبی (epiglottis) کو دبا دینے کا احتمال ہوتا ہے جس سے دم گھٹ جاتا ہے۔

زبان محکم ہوتی ہے اور اسکی بافت گھنی ہوتی ہے۔مگر پھر بھی اسمیں اتصالی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے جسکی وجہ سے یہ ملتہب ہونے پر بہت متورم ہوجاتی ہے۔سطحی سرطانہ دبیز ہوتا ہے اور اس عضو کے مزمن سطحی التہاب میں یہ اکثر مجتمع ہوجاتا ہے اور گھنی غیر شفاف تہوں کی شکل اختیار کرلیتا ہے مثلاً عضبۃ اللسان (ichthyosis linguæ) ابیضاضی (leucoplakia)، بیاضہ (leucoma) وغیرہ ہیں۔ان مخاطی غدد سے جو خاص طور پر غشائے مخاطی کے نیچے زبان کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتے ہیں، مخاطی دوریے پیدا ہوجاتے ہیں جو بعض اوقات اس حصہ میں دیکھنے میں

آتے ہیں۔

زبان بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اسلئے اسمیں اکثر شامی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اسکی زیادہ تر رسد **لسانی شریان** (lingual artery) سے آتی ہے۔ یہ عرق اس عضو تک اسکی زیرین سطح سے پہنچتا ہے۔ اور شریان سباتی (carotid) سے عظم لامی (hyoid) کے لیول پر نکلتا ہے، اور وسطی مضیق (middle constrictor) کو دو شکمی عضلہ (digastric) کے نیچے سے عبور کرکے عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے نیچے اور عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ (genio-hyo-glossus) کے اوپر پہنچ جاتا ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی (hypoglossal) عصب اس سے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اس سے عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے ذریعہ سے یہ علیحدہ ہوتا ہے۔ اگر اس مقام پر شریان مذکور کو باندھنا مقصود ہو تو یہ عصب ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ مگر چونکہ ظہری لسانی (dorsalis lingual) شاخ بعض اوقات اس مقام سے اور آگے جاکر نکلتی ہے اس لئے اس شریان کو یہاں باندھنے سے زبان کے موخر حصہ کے جریان خون کو بند کرنے میں ناکامی ہونیکا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا اس عرق کو اس مقام کے قریب جہاں یہ شریان سباتی (carotid) سے نکلتا ہے باندھنا زیادہ قرین عقل ہوتا ہے۔ لسانی شریان سباتی (carotid) سے علیحدہ مقام پر نکلنے کے علاوہ گاہے گاہے فوقانی درقی (superior thyroid) یا وجہی (facial) شریان کے ساتھ بھی نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ تینوں شریانیں ایک مشترک تنے سے نکلتی ہیں۔ چونکہ فوقانی درقی (superior thyroid) شریان کو بلا ضرورت باندھنا مقصود نہیں ہوتا اسلئے جراح کو اس شریان کی ابتدا کو بھی معرا کر لینا چاہئے تاکہ اسے اس امر کا یقین ہو جائے کہ وہ صرف لسانی شریان کو ہی مسدود کر رہا ہے۔ 172

زبان میں **عصبی رسد** کثرت سے موجود ہوتی ہے اور عام احساسات اور ذائقہ کے احساسات دونوں تیز ہوتے ہیں۔ ویبر (Weber) کے مطابق لمسی حس پذیری جسم کے کسی اور حصہ کی نسبت زبان کی نوک پر زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اس عضو کے موخر ثلث سے دونوں قسم کے معمولی اور ذایقہ کے ریشے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب میں جاتے ہیں۔ اور مقدم دو تہائی کو لمسی ریشوں کی رسد عصب لسانی سے ملتی ہے، اور ذائقہ کی رسد حبل طبلی (chorda tympani) سے حاصل ہوتی ہے جو عصب لسانی میں مخلوط ہوتا ہے۔ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد ذائقہ

غیر متاثر رہتا ہے کیونکہ جو ریشے اس حس کو سرانجام دیتے ہیں وہ عصب لسانی میں حبل طبلی (chorda tympani) کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ موخرالذکر عصب میں سے کچھ حسی ریشہ جات بھی ضرور جاتے ہیں کیونکہ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی زبان کے مقدم دو تہائی حصوں میں کسیقدر حس پذیری باقی رہ جاتی ہے اگرچہ درد کی حس پذیری مکمل طور پر غائب ہوجاتی ہے۔ جس رقبہ کو عصب لسانی سے رسد پہنچتی ہے اسکے دردخیز عوارض میں مریض کو منفذِ گوش کے خطہ کے عمیق حصوں میں یا اکثر شدید درد محسوس ہونے سے تکلیف ہوتی ہے اور جلد کا ایک رقبہ کان سے لیکر جبڑے کے نچلے کنارے کے ساتھ بعض اوقات الیم ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ زبان کا مقدم دو تہائی حصہ جانوی محراب (mandibular arch) سے مشتق ہوتا ہے اور منفذ کی مقدم حد بھی اسی سے طیار ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ زبان کے مقدم حصہ کی عصبی رسد کا جو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے آتی ہے دردِ محولہ اسکے جلدی اختتام میں ہوتا ہے۔ زبان کا موخر دو تہائی حصہ دوسری (لامی : hyoid) اور تیسری حشوی محرابوں سے مشتق ہوتا ہے اور اسکا تعلق حنجرہ کے اوپر کی جلد کے الیم رقبہ جات سے ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔

173

مضغی عضلات کا تشنجی انقباض بعض اوقات دردخیز لسانی قروح کے ساتھ پایا جاتا ہے جبکہ یہ عصب ذوقی کے خطہ میں پائے جائیں۔ قذالی خطہ کے خراج اور زبان کے نصف حصہ کی لاغری میں بظاہر کوئی تعلق نہیں پایا جاتا مگر سرجیمز پیجٹ (Sir James Paget) نے مندرجۂ ذیل واقعہ کی اطلاع دی ہے:۔

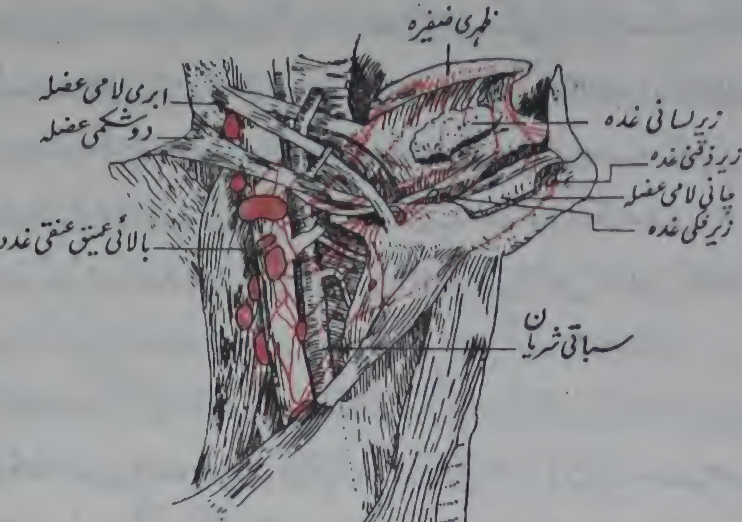
"ایک آدمی کے سر کے پچھلے حصہ پر چوٹ آگئی جو بظاہر شدید نہیں تھی۔ کچھ عرصہ کے بعد زبان کا دایاں نصف لاغر ہونا شروع ہوگیا اور لاغری ترقی کرتی گئی حتیٰ کہ یہ غیر متغیر جانب کے نصف سے بھی کم رہ گیا۔ اس کے بعد قذال پر ایک خراج بن گیا جس میں سے عظم قذالی کے زیریں حصہ کے ٹکڑے نکالے گئے۔ مردہ ہڈی کے دور کرنے کے بعد زبان نے اپنی پہلی حالت پر آنا شروع کر دیا اور ایک مہینہ میں اسکی حالت تقریباً طبعی ہوگئی۔"

یہاں ذبول لسانی عضلات کی لاغری سے پیدا ہوا تھا جو زیرلسانی (hypoglossal) عصب پر جو عظم قذالی کے مقدم قذالی سوراخ سے نکلتا ہے دباؤ پڑنے سے واقع ہوئی تھی۔ اس واقعہ سے چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے اور ان سے جو ساختیں گزرتی ہیں ان کے بھی یاد رکھنے کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔

زبان میں بہت سی **لمفی بافت** موجود ہوتی ہے اور اس کا معتدبہ حصہ (لسانی لوزہ lingual tonsil:) اس عضو کے موخر حصہ پر غشائے مخاطی کے نیچے مجتمع ہوتا ہے۔ اس بافت کی

بیش پرورشس سے بعض اوقات حساس نکبی میں خراش پیدا ہونے کیوجہ سے تکلیف دہ علامات پیدا ہوجاتے ہیں۔ لسانی اور بلعومی غدہ آسا بافت اور حقیقی لوزتین سے حلقوم کی خاکنائے کے اردگرد لمفی بافت کا ایک مکمل حلقہ بنجاتا ہے۔

لسانی عروق لمف (شکل ۴۲) عظیم الجسامۃ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اور



شکل ۴۲۔ زبان کے عروق لمف۔
(پوائے رئیر Poirier کے مطابق۔)

سرطانی سدادات کے منتشر ہونے کے لئے ایک کھلے مجریٰ کا کام دیتے ہیں۔ یہ دو نظامات میں مرتب ہوتے ہیں:۔ (۱) **سطحی** جن سے زبان کی پشت اور اسکے جوانب پر زیر مخاطی بافت میں ایک نہایت کثیر العروق ضفیرہ بنتا ہے۔ (۲) **عمیق** جو زبان کے عضلی نظام میں ایک جال کی شکل میں مرتب
174 ہوتے ہیں۔ ان دونوں نظامات میں آزادراہ وربط موجود ہوتا ہے۔ چیٹل (Cheatle) نے یہ دریافت کیا ہے کہ زبان کے سرطان کی حالتوں میں ذقنی لسانی عضلہ (genio-glossus) ثانوی مطروح کا ایک عام محل ہوتا ہے! اور اس نے یہ ثابت کیا کہ خبیث خلیات زبان کے قاعدہ کی سمت میں بہت نیچے تک پائے جاتے ہیں! اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سرطان کا استیصال زبان کی سطح پر اور اسکی گہری بافتوں میں ایک عریض حاشیہ کے ساتھ ضرور کرنا چاہئے۔

ان دونوں نظامات سے لمف، **برآر عروق** کے مندرجۂ ذیل گروہوں کے ذریعہ سے جاتا ہے: (۱) **حاشیئی یا جانبی عروق** جو زبان کی جانب سے زیر مخاطی ضفیرہ سے باہر جاتے ہیں۔ انمیں سے کچھ غدد کے زیر جانوی گروہ میں اور بقیہ بالائی عمیق عنقی گروہ میں جاتے ہیں، (۲) **مرکزی عروق** جو دو ذقنی لسانی (genio-glossus) عضلات کے درمیان بنتے ہیں اور بالائی عمیق عنقی غدد میں جاکر ختم ہوجاتے ہیں، (۳) **راسی عروق** جو زیر ذقنی غدد اور
175 بالائی عمیق عنقی غدد میں ختم ہوتے ہیں، (۴) **قاعدی عروق** جو زبان کے موخر ثلث میں سے آتے ہیں بالائی عمیق عنقی گروہ کے[لہ] میں ختم ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے عروق لمف سرطانی خلیات کے حملہ سے مسدود ہوجاتے ہیں اسلئے لمف کو ثانوی گزرگاہیں اور پھیر کے راستے تلاش کرنے پڑتے ہیں، اور یہ بھی کچھ عرصہ کے بعد بند ہوجاتے ہیں۔ اسطرح سرطانی حملہ وسیع رقبہ اور بہت سی سمتوں میں پھیل جاتا ہے جو لمفی غدد زیر جانوی غدہ کے اوپر واقع ہیں اور نیز جو اسمیں مدفون ہوتے ہیں وہ بھی اور اِس غدہ اور زیر لسانی غدہ کی لمف آسا بافت ثانوی مطروح کا محل بنجاتی ہے۔ مزید برآں زیر ذقنی غدد بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔

اُس حیرت انگیز خلقی عارضہ میں جو کبر اللسان (macroglossia) کے نام سے موسوم ہے زبان بہت کلانی یافتہ ہوجاتی ہے اور بعض حالتوں میں یہ بہت ہی عظیم الابعاد ہوتی ہے۔ اسکی کلانی کی اصلی وجہ اسکے لمفی مجاری کی بہت ہی متسع حالت ہے۔ [اسی لئے فرکو (Virchow) نے کہفکی لمفی وعائی سلعہ (lymphangioma cavernosum) کا نام تجویز کیا تھا]۔ اور نیز تمام زبان میں لمفی بافت کا افزودہ نمو ہوتا ہے۔ جو حصہ نمایاں ترین طور پر متاثر ہوتا ہے وہ زبان کا قاعدہ ہے جہاں عروق لمف بالعموم سب سے زیادہ ہوتے ہیں۔ چند حالتوں میں کبر اللسان (macroglossia) زیادہ تر عضلی ہوتا ہے! ور بعض میں دموی وعائی سلعہ (hæmangioma) بھی اسکا باعث ہوتا ہے۔

زبان کے قریب کے معین غدد:۔ وہ معین غدد جو جسم درقی سے تعلق

لہ عروق لمف کے مفصل بیان کے لئے دیکھو پوائے ریئر (Poirier) کی کتاب "لمفیٹکس" (Lymphatics) مترجمۂ سیسل لیف (Cecil Leaf) سنہ ۱۹۰۳ء۔

رکھتے ہیں اکثر عظم لامی (hyoid bone) کے قرب و جوار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں یہ زبان کے قاعدی حصہ میں سوراخ اعور (foramen cæcum) کے پاس بھی موجود ہوتے ہیں (میکنس: Makins)۔ بعض کبھی کبھی عضلہ جانبیہ لامیہ (mylo-hyoid muscle) سے اوپری ہوتے ہیں، اور بعض عظم لامی کے عین اوپر ہوتے ہیں، اور بعض گاہے گاہے اس ہڈی کے خالی حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات انہی محلات پر ایسے دوبرے بھی پائے جاتے ہیں جنکا استر ہد بہ دار سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ یہ تمام ساختیں اس مرکزی عطفہ کی عنق کا مابقا ہوتی ہیں جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے بروز کرتا ہے! ور جس سے غدہ درقیہ کی خاکنائے اور اسکا متصلہ حصہ بنتے ہیں۔

زبان پر کا **سوراخ اعور** (foramen cæcum) اس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے عطفہ مذکور بلعوم سے نکلتا ہے۔ ایسی قناتیں بھی پائی گئی ہیں جو سوراخ اعور سے نکلکر ان معین غدد تک جاتی ہیں جو عظم لامیہ کے قرب و جوار میں واقع ہوتے ہیں اور جنکا استر سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ ان غدی اور سر حلمی اجتماعات سے جو عظم لامی کے قرب و جوار میں پائے جاتے ہیں گردن کے سرطان کی بعض گہری واقع ہونے والی قسمیں بھی پیدا ہوتی ہیں۔ انمیں سے بعض خبیث دوبروں کی شکل اختیار کرلیتی ہیں جنکا ذکر مصنف نے کیا ہے (Treves *Path. Soc. Trans.* 1886)۔ 176

استیصال ۔ سالم زبان کو دور کرنے کے مختلف طریقے اختیار کئے گئے ہیں۔ یہ منہ میں سے حرارت رسانی (diathermy) کے چاقو یا قینچی سے دور کیجا سکتی ہے۔ موخرالذکر عملیہ گردن میں لسانی عروق کو باندھنے کے ساتھ یا باندھنے کے بغیر بھی کیا جاتا ہے۔ مگر اس عضو کی زیادہ گہری چسپیدگیوں کو منہ میں سے جو مقابلۃً ایک چھوٹا سوراخ ہے مکمل طور پر معرا کرنا مشکل ہے۔ گنجائش بڑھانے کے لئے ایک طریقہ عمل میں رخسار میں شگاف دیا جاتا ہے اور ایک میں نیچے کے لب کو اور نیچے کے جبڑے کے ارتفاق کو کاٹا جاتا ہے۔

عملیہ جات کے ایک اور سلسلہ میں عظم لامیہ اور جانبہ کے درمیان شگاف دیکر زبان تک رسائی کیگئی ہے اور یا اسے مکمل طور پر معرا بھی کرلیا گیا ہے کاخر (Kocher) نے گردن میں سے زبان کو منکشف کرنیکا طریقہ رائج کیا تھا۔ اسمیں جس شگاف سے زبان تک رسائی حاصل کیجاتی ہے وہ کان سے شروع ہوکر قصی حلمی (sterno-mastoid) عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ عظم لامی تک جاتا ہے! ور یہاں سے یہ دو شکمی عضلہ (digastric) کے مقدم بطن کے ساتھ ساتھ

اوپر کو چلا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے لسانی شریان کو ابتدا ہی میں باندھ کر نزف پر مکمل طور پر قابو حاصل کر لینے کے علاوہ بالائی گہرے عنقی غدد لمفی غدد اور زیر جانوی اور زیر لسانی غدد کے اوپر کی اور انکے اندر کی بافت کو جو ثانوی سرطانی مطروحات کا محل ہوتے ہیں با آسانی دور کیا جا سکتا ہے۔

177 سالم عضو کے دور کرنے میں مندرجۂ ذیل ساختیں لازمی طور پر کاٹی جاتی ہیں۔ قید اللسان غشائے مخاطی زبان کے اطراف کے ساتھ ساتھ، لسانی لکبی شکن (glosso-epiglottic folds) عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus)، عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، عضلہ ابریہ لسانیہ (stylo-glossus)، عضلات حنکیہ لسانیہ (palato-glossus muscles) اور فوقانی اور تحتانی لسانی عضلات کے جو عظم لامی سے چسپیدہ ہوتے ہیں چند ریشہ جات، لسانی، لسانی بلعومی اور تحت اللسانی اعصاب کی انتہائی شاخیں، لسانی عروق اور زبان کے اطراف پر اس کے قاعدہ کے نزدیک صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان کی اور وجہی شریان کی لوزی (tonsillar) شاخ کی چند شاخیں۔

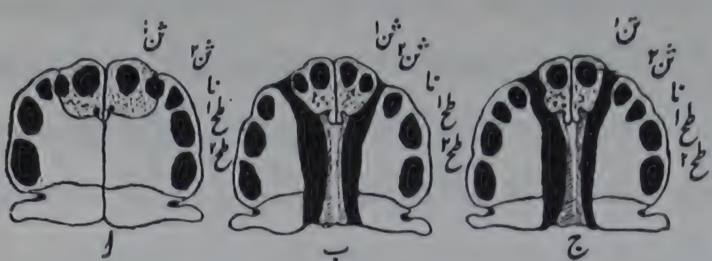
حنک

(PALATE)

حنک الصلب (hard palate) کی محراب کی بلندی اور شکل مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ جنکو جوانی میں غدودہ (adenoids) کی شکایت رہی ہو انمیں یہ خاص طور پر تنگ اور بلند ہوتی ہے۔ حنک پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکے سلسلہ میں اس محراب کے خاکہ کو کسیقدر اہمیت حاصل ہے۔

حنک مشقوق (cleft palate) حنک اور اوپر کے لب میں درز کے جو مختلف اقسام پائے جاتے ہیں انکو سمجھنے کے لئے ان حصوں کے نمو کا مختصراً اعادہ کرنا ضروری ہے کیونکہ حنک مشقوق (cleft palate) اور "خرگوشی لب" (hare-lip) کے تمام اقسام حصص کے غیر مکمل اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ شکل ۳۴-۱ میں یہ ظاہر کیا گیا ہے کہ عظمی حنک بوقت پیدائش تین عناصر سے مرکب ہوتا ہے: (۱) پیش فکی (premaxillary) (عظم ثنیی: os incivum)

جسپر چار ثنایا ہوتے ہیں، (۲) دایاں فکی، (۳) بایاں فکی جن پر دائیں اور بائیں کچلیاں اور دود ھ کی ڈاڑھیں ہوتی ہیں۔ یہ تینوں حصے مختلف الاصل ہوتے ہیں۔ پیش فکی حصہ وسطانی انفی زائدہ (medial nasal process) سے (شکل ۳۱ صفحہ 136)، اور فکی حصے دائیں اور بائیں فکی زائدوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان مختلف عناصر کا اتحاد جس سے حنک طیار ہوتا ہے اگلے حصہ سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو جاتا ہے۔ فکی زائدے حنک کے موخر دو تہائی حصوں میں ایک دوسرے سے



شکل ۴۳ جانبی ثنیہ کا تعلق حنکی درز سے ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ حنک الصلب طبعی۔ پیش فک پر نقطے لگے ہوئے ہیں۔ جانبی ثنیہ اسکے اور فک کے درمیان کی درز (suture) میں پایا جاتا ہے۔

ب۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ پیش فک پر درز کی اندر کی جانب واقع ہے۔ ناک کا فاصل فکی ہڈیوں کے درمیان کی درز میں منکشف ہے۔

ج۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ درز کی باہر کی جانب فک پر واقع ہے۔

خط وسطی میں متحد ہو جاتے ہیں۔ مگر اگلے ایک تہائی حصہ میں یہ پیش فکی حصہ سے ملجاتے ہیں۔ چنانچہ خط اتحاد وائی (Y) کی شکل کا ہوتا ہے اور پیش فکی حصہ اسکی دونوں شاخوں پر واقع ہوتا ہے۔ 178 درز اکثر حالتوں میں وائی (Y) کے اصلی تنہ پر واقع ہوتی ہے، یا اس سے صرف حنک الرخو ہی متاثر ہوتا ہے، یا یہ ایک یا دونوں اطراف پر آگے کی طرف کو جو فیزہ تک پہنچی ہوتی ہے، جیسا کہ شکل ۴۳ ب اور ج میں ظاہر کیا گیا ہے۔ جانبی ثنیہ پیش فکی اور فکی عناصر کے درمیان کے میزاب میں نمو پاتا ہے۔ اگر حنک مشقوق (cleft palate) کی حالت نمودار ہو جائے تو یہ نموی عناصر بالیدگی کے ساتھ ساتھ علٰحدہ ہوتے جاتے ہیں۔ اسطرح سے جو درز بنجاتی ہے اسکی ایک نہ ایک جانب سے

جانبی ثنیہ کی کلّی چپکی ہوتی ہے لہذا بعض حالتوں میں یہ ثنیہ پیش فکی زائدہ پر پایا جاتا ہے اور بعض حالتوں میں فکی پر ہوتا ہے (شکل ۳۴ ب ـ ج)۔ ہر ایک پیش فک میں بعض اوقات تعظم کے دو مراکز ہوتے ہیں۔ مگر جیسا کہ اکثر کہا جاتا ہے درز تعظم کے مراکز کے عدم اتحاد کا نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ حنک کے نموی حصوں کی علیٰحدگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ زمانہ طفولیت میں بالیدگی میں جوں جوں ترقی ہوتی جاتی ہے درز زیادہ چوڑی ہوتی جاتی ہے۔

اوپر کے لب کا نمو انہی تین عناصر سے ہوتا ہے جن سے کہ حنک کا ہوتا ہے (شکل ۳۱ صفحہ 136)۔ اگر حنکی درز جو فیزہ تک پہنچ جائے تو لب بھی متاثر ہوجاتا ہے۔ مگر حنک پر درز موجود ہونے کے بغیر بھی ایک یا دونوں لبوں پر درز واقع ہوسکتی ہے۔ لب کا پیش فکی یا وسطی عنصر بھی اپنی 179
اصل میں دو جانبی ہوتا ہے۔ مگر اسکے دونوں حصوں کی مستقل علیٰحدگی کا پایا جانا نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ دو جانبی خرگوشی لب (hare-lip) میں گاہے گاہے نیچے کے لب پر دو حلیمہ جات دیکھنے میں آتے ہیں، جو لبوں کے اقتراب کی حالت میں اوپر کے لب کی درزوں میں ٹھیک طرح سے بیٹھ جاتے ہیں۔

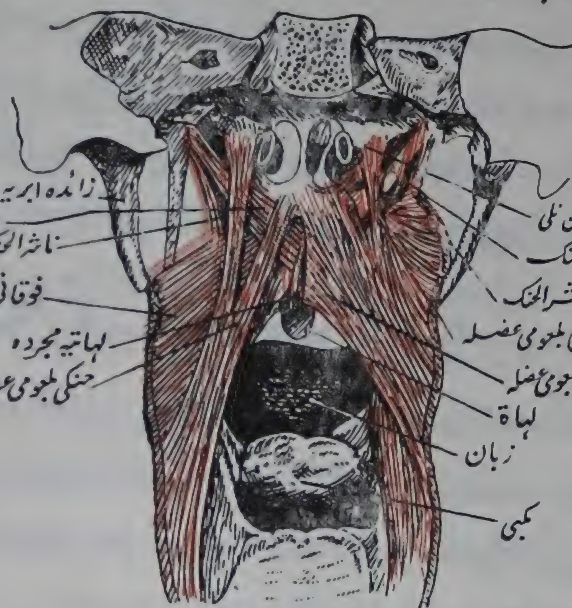
جو غشائے مخاطی **حنک الصلب** کی پوشش ہوتی ہے اسمیں ایک عجیب بات یہ ہوتی ہے کہ وہ اور گرد عظمہ جو ان ہڈیوں کا غلاف ہوتا ہے تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں۔ اس لئے اس غشا کی تقطیع کے بعد ہڈی معرا ہوجاتی ہے، کیونکہ اس غشائے مخاطی اور گرد عظمہ کو علیٰحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ یہ غشا خط وسطی میں پتلی ہوتی ہے۔ مگر جانبین پر جو فیزوں کے قریب بہت دبیز ہوتی ہے۔ اور دبازت کی زیادتی کا انحصار زیادہ تر سطحی تہوں کے نیچے مخاطی غدد کی ایک تعداد کے موجود ہونے پر ہے۔ ایسے غدد خط وسطی پر موجود نہیں ہوتے۔ جب حنک الصلب کی نرم پوشش کی تقطیع دامنوں کی شکل میں کیجاتی ہے جیسا کہ مشقوق حنک کے عملیہ میں کیا جاتا ہے تو اسکی کثافت اور سختی کی وجہ سے اسکی دست درزی بہت آسان ہوتی ہے۔

سر رکمین گوڈلی (Sir Rickman Godlee) نے متعدد واقعات ایسے بیان کئے ہیں جنمیں حنک الصلب کے نیچے کی سطح کے موخر حصہ میں ایک عظمی ارتفاع یعنی **حنکی نمرق** (torus palatinus) پایا جاتا ہے۔ یہ ارتفاع یا عظمی بروں بالیدگی (exostosis) یورپینو کی نسبت دوسرے اقوام میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ اور یہ سن بلوغ کی ابتدا پر بننا شروع ہوتی ہے۔ یہ حنک کی وسطی درز (suture) کے دونوں اطراف پر ہڈی کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے، اور استثنائی حالتوں میں یہ اچھے خاصے ابعاد اختیار کر لیتی ہے۔

حنک الصلب کی ہڈیوں اور اسکی مخاطی پوشش کی زیادہ تر رسد خون داخلی فکی شریان (internal maxillary artery) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ عرق جسے حنک الصلب کا صرف ایک ہی عرق کہا جاسکتا ہے حنک الصلب اور حنک الرخو کے مقام اتصال کے نزدیک اور آخری ڈاڑھ کی اندرونی جانب کے پاس ہی موخر حنکی قنال سے نکلتا ہے اور آگے کی اور اندر کی طرف کو جاکر مقدم حنکی قنال پر ختم ہوجاتا ہے۔ اسکا انبضان حنک پر اکثر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ حنک الصلب سے مکشط (raspatory) کے ذریعہ سے مخاطی گرد عظمی دامنوں کی تقطیع کرتے وقت یہ نہایت ضروری 180
ہے کہ ابتدائی شگاف غشائے مخاطی میں جو فیزہ کے قریب دیا جائے تاکہ یہ دامن شریان مذکور پر مشتمل رہے اور اس وجہ سے اسکی حیوبیت محفوظ رہے۔ دامن کی تقطیع کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ شریان غشائے مخاطی کی نسبت ہڈی کے زیادہ قریب سے جاتی ہے۔

حنک الرخو (soft palate) کی دبازت یکساں ہوتی ہے اور اسکی اوسط پیمائش کا اندازہ تقریباً ۴ انچ کیا گیا ہے۔ اسکی دبازت کا زیادہ تر انحصار مخاطی غدد کے ایک طبقہ پر ہے جو اسکی بالائی سطح پر ہوتا ہے۔ اسکا مرکزی اساس ایک وتری پھیلاؤ یعنی حنکی صفاق (palatal aponeurosis) ہے جسمیں حنک کے ناشرات ختم ہوتے ہیں اور جسکے ذریعہ سے یہ حنک الصلب کے موخر کنارہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ جب حنک الرخو خلقی طور پر مشقوق ہوتا ہے تو اس شقاق کی کوربیں نگلنے کے دوران میں فوقانی مضیق (superior constrictor) کے بالاترین ریشہ جات کے ذریعہ سے ایک دوسرے کے قریب ہوجاتی ہیں۔ اس قرب کی وجہ سے یہ درز تنگ ہوکر نصف یا دو تہائی رہ جاتی ہے۔ جن عضلات کا رجحان درز کو عریض کرنے کی طرف ہوتا ہے ان میں سے زیادہ اہم رافع الحنک (levator palati) اور ناشر الحنک (tensor palati) ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ جب درز کو عملیہ سے بند کرنے کی کوشش کیجائے تو ان عضلات کو کاٹ دیا جائے۔ رافع الحنک (levator palati) خط وسطی کی طرف کو آتا ہوا حنک کو ترچھے رخ میں اوپر سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو عبور کرتا ہے اور یہ مقنعہ (velum) کی زیریں سطح کی نسبت اسکی بالائی سطح کے زیادہ نزدیک واقع ہوتا ہے۔ ناشر الحنک (tensor palati)۔ خطفی زائدہ (hamular process)

کے اوپر سے ہو کر گزرتا ہے اور خط وسطی کی طرف کو تقریباً افقی رخ میں چلا جاتا ہے (شکل ۴۴)۔
خطیفی زائدہ اوپر کی پچھلی ڈاڑھ کے عین پیچھے اور اسکے اندر کی طرف کو حنک الرخو میں سے محسوس
کیا جاسکتا ہے۔ جب مخاطی گرد عظمہ جسمیں موخر حنکی عروق ہوتے ہیں درز کی دونوں اطراف بر
حنک الصلب پر سے اوپر اٹھالیا جاتا ہے جس سے کہ حنک کے افقی صحفہ کا موخر کنارہ منکشف ہوجاتا
181 ہے تو عملیہ کن انفی جانب پر حنکی صفاق اور اسکے اوپر کی غشائے مخاطی کو عظم الحنک سے علیحدہ کردیتا ہے،



شکل ۴۴۔ حنک الرخو کے عضلات پیچھے سے۔
(Blakeway: بلیک وے)

اور اس امر کی احتیاط رکھنا ہے کہ موخر حنکی قنال اور حنکی عروق تک نہ پہنچے۔ جب صفاق کاٹ دیا جاتا ہے تو ناشر الحنک (tensor palati) کا فعل کسی حد تک معطل ہو جاتا ہے۔ رافع الحنک (levator palati) کے کاٹنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ حنک الرخو کی بالائی سطح میں غشائے مخاطی کے ایک اٹھے ہوئے شکن کے اندر سے داخل ہوتا ہے۔ اسکا عصب اسکے بالائی سرے میں داخل ہوتا ہے اور اس لئے یہ ضرر سے بچ جاتا ہے (بیری اور لیگ :Berry and Legg)۔

چونکہ مناسب تکلم کا انحصار زیادہ تر حنک الرخو کے کافی بڑا اور لچکدار ہونے پر ہے

جس سے کہ انفی بلعوم مرضی کے موافق منہ کی طرف سے بند ہو سکتا ہے اسلئے درز دار حنک پر عملیہ کرتے وقت اس ضرورت کو پورا کرنے کی ضرور احتیاط کرنا چاہیئے۔ حنک الصلب کے اندر کے 182
تثقب کو مقنعہ (velum) کے صرفہ سے نہ بند کرنا چاہیئے۔

حنک الرخو کی رسد خون داخلی فکی شریان کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ، صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان، اور وجہی (facial) شریان کی صعودی حنکی (ascending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ موخرالذکر عرق مقنعہ (velum) تک عضلہ رافع الحنک (levator palati) کے ساتھ ساتھ آتا ہے اور مذکورہ بالا طریق عمل میں اُس عضلہ کی تراش میں اس کا کاٹنا بھی ضروری ہوتا ہے۔

حنک الرخو کے عضلات کو مختلف اعصاب رسد پہنچاتے ہیں۔ رافع الحنک (levator palati)، عضلہ لہاتیہ فردیہ (azygos uvulæ) اور عضلہ حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) کو عضلات بلعوم کے ساتھ شوکی معین (spinal accessory) سے اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) کو عضلات زبان کیساتھ تحت اللسانی (hypo-glossal) سے اور عضلہ ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کو عضلہ ناشرہ طبلیہ (tensor tympani) کیساتھ پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے اذنی عقدہ (otic ganglion) کے راستہ رسد پہنچتی ہے۔

بلعوم

(PHARYNX)

بلعوم کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے۔ یہ ایک جانب سے دوسری جانب کو آگے سے پیچھے کی نسبت بہت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اور عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک کے لیول پر یہ عریض ترین ہوتا ہے یہاں اسکی پیمائش ۲ انچ ہوتی ہے۔ جہاں یہ مری سے غضروف حلقئی (cricoid cartilage) کے لیول پر ملتا ہے وہاں یہ تنگ ترین ہوتا ہے اور اسکا قطر ۳/۴ انچ سے بھی کم ہوتا ہے۔ بلعوم

اتنی بڑی فضا نہیں ہے جتنی کہ یہ فرض کیجاتی ہے۔ کیونکہ (یہ یاد رکھنا ضروری ہے) زمانۂ حیات میں
اسکو بہت ترچھے رخ میں دیکھا جاتا ہے اسلئے اس کے پیش پسیں ابعاد کے متعلق بہت مغالطہ خیز
خیالات پیدا ہو گئے ہیں۔ دانتوں کی محراب سے لیکر مری کی ابتدا تک کا فاصلہ تقریباً ۶ تا ۷ انچ
ہوتا ہے۔ اور اس پیمائش کو اجسام غریبہ کے نکالتے وقت یاد رکھنا چاہئے۔ بلعوم میں جو **اجسام**
غریبہ داخل ہو جاتے ہیں انکے حلقئی غضروف کے لیول پر اٹک جانے کا سب سے زیادہ احتمال
ہوتا ہے۔ اور یہ مقام بالغ میں انگلی کی پہنچ سے ذرا آگے ہوتا ہے۔ بلعوم میں اجسام غریبہ کے
اٹک جانے کی روئداد سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کہفہ بہت اتساع پذیر ہے۔ اور اسمیں بڑی بڑی چیزوں 183
کے کچھ عرصہ تک موجود رہنے کی گنجائش موجود ہے۔ بلعوم کی دیواریں کھوپری کے قاعدہ اور اوپر کے
چھ عنقی فقرات سے علاقہ رکھتی ہیں۔ اطلس (atlas) کی محراب اور حنک الصلب تقریباً ایک ہی
خط میں ہوتے ہیں۔ اور محور (axis) اوپر کے دانتوں کی آزاد کور کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ بلعوم
کا انتہائی سرا چھٹے عنقی فقرہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جہاں تک مقدم سطح کا تعلق ہے بالائی فقرات
کا امتحان منہ میں سے کیا جا سکتا ہے۔ جب بلعوم کے قریب کی ہڈیوں میں مرض نمودار ہوتا ہے تو
متنخر حصے اس کہفہ میں سے خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اطلس (atlas) اور محور (axis) کے
حصے منہ میں سے باہر نکل چکے ہیں۔ نیز قذالی اور وتدی ہڈیوں کے مقابلۃً بڑے بڑے ٹکڑے بھی
اسی طرح خارج ہو چکے ہیں۔

بلعوم کی غشائے مخاطی عرق دار ہوتی ہے اور بآسانی ملتہب ہو جاتی ہے، اور ایسے التہابات اسلئے کہ انکے حنجرہ کی استری غشا تک پھیل جانے کا امکان ہوتا ہے، خاص طور پر خطرناک ہوتے ہیں۔ سبوچہ نما لکبی شکنوں (aryteno-epiglottic folds) اور بلعوم کے اس حصہ کی جو انکے قرب و جوار میں ہوتا ہے زیر مخاطی بافت خاص طور پر ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اور تبھی حالتوں میں حنجرہ کا بالائی روزن بعض اوقات تقریباً بند ہو جاتا ہے۔

بلعومی عطفہ (pharyngeal diverticulum) گاہے گاہے اس کی موخر دیوار سے اس کے زیر ترین حصہ پر جہاں یہ مری سے ملجاتا ہے یعنی حلقئی غضروف (cricoid cartilage) اور چھٹے عنقی فقرہ کے لیول پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہاں یعنی بلعوم کے تنگ ترین حصہ پر کوئی بڑا سا لقمہ پیچھے کی طرف کو دب سکتا ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جہاں ممکن ہے کہ

تحتانی مضیق (inferior constrictor) اور مریوی (œsophageal) عضلات کے درمیان کوئی کمزور جگہ موجود ہو۔ اس حالت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ میں سے غشائے مخاطی کا فتق پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ اپنے مشمولات کے دباؤ سے نیچے کی طرف کو بتدریج بڑھتا چلا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ نہیں بلکہ عام طور پر بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے اور انجام کار یہ اتنا بڑا ہو جاتا ہے کہ جس پذیر ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اسکا منھ بالائی مریوی دہنہ سے بڑا ہو جاتا ہے۔ اور اسلئے غذا اور تشخیصی اوزاروں ہر دو کا رجحان مری کی نسبت اس عطفہ میں داخل ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے
عطفات کے مشمولات بہت بدبودار ہوتے ہیں۔ لہذا عملیہ کرتے وقت اس جیب کو اکثر دو مراحل 184
میں علیحدہ کیا جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں تاچہ منکشف کر لیا جاتا ہے اور زخم میں سے باہر نکال لیا جاتا ہے اور دوسرے میں اتنا عرصہ گزرنے کے بعد اسے دور کر دیا جاتا ہے جتنا کہ اریکی بافت کے پیدا ہونے اور اتصالی مستویوں کے بند ہو جانے کے لئے کافی ہو۔ اسطرح انتشار سرائت جو نیچے کیطرف گردن یا شائد منصف ہائے صدری میں ہو جائے رک جاتا ہے۔

بلعوم کی غشائے مخاطی میں بہت سی **غدہ آسا بافت** (adenoid tissue) منقسم ہوتی ہے۔ اور التہاب بلعوم (pharyngitis) کے مختلف اقسام میں یہی بافت التہاب کا ابتدائی محل ہوتی ہے۔ انفی بلعوم (naso-pharynx) کی چھت میں غدہ آسا بافت کا ایک نمایاں اجتماع یعنی **بلعومی لوزہ** (pharyngeal tonsil) پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ 121)۔ یہ دبیز غشائے مخاطی میں مدفون ہوتا ہے اور ناک کے فاصل کے قاعدہ سے لیکر کھوپری کے قاعدی زائدہ کے نقطہ وسطی تک پہنچتا ہے۔ لوزہ کے مرکز پر ایک شقاق یا انخفاض کا نشان ہوتا ہے جو غشائے مخاطی کے دو یا تین شکنوں سے جنہیں غدہ آسا بافت بافراط موجود ہوتی ہے گھرا ہوتا ہے۔ تقریباً دسویں سال میں یہ اپنی اعظم جسامت تک پہنچتا ہے۔ جانب پر یہ ان گوشوں کی طرف چلا جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلیوں کے پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ ان گوشوں کے اوپر تک چلا جاتا ہے اور اسطرح مذکورہ نلیوں کے آزاد فتحہ کو بند کر دیتا ہے۔ غدہ آسا بافت کے اس مطروح میں بعض اوقات بیش پرورشی تغیر واقع ہو جاتا ہے اور وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جو "غدہ آسا روئیدگی" (adenoid vegetations) یا "پس انفی بالیدوں" (post-nasal growths) کے نام سے موسوم ہے۔ ان بالیدوں سے بہرا پن پیدا ہو سکتا ہے اور بعض اوقات

موخر منخرین بھی بند ہوجاتے ہیں۔ انکو عملیہ سے دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے ! ور ان کی رسد چھوٹی چھوٹی شریانوں سے آتی ہے جو داخلی فکی شریان (ودیوسی :Vidian) اور جنیمی حنکی (pterygo-palatine) اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے نکلتی ہیں۔ انکی وریدیں بلعومی ضفیرہ سے ملتی ہیں اور انکے عروق لمف پس بلعومی غدد میں سے ہوکر عمیق عنقی غدد میں جاکر خالی ہوتے ہیں۔

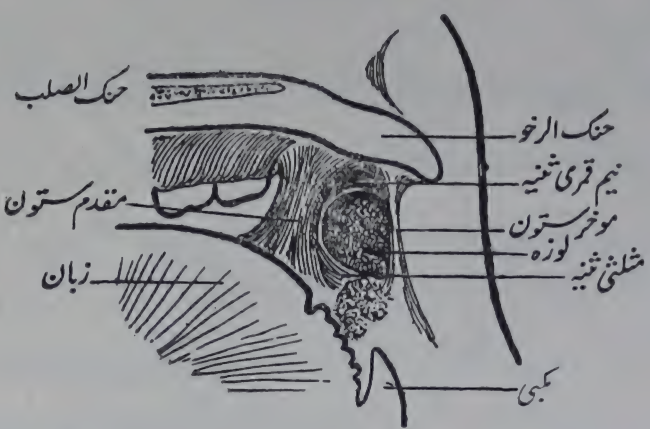
بلعومی دیواروں کی باہر کی جانب کے ساتھ کی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہ انتشار انصباب کی مساعدت کرتی ہے۔ چنانچہ یہ مشاہدہ میں آچکا ہے کہ بلعوم کے حاد التہاب میں انصباب مری کے ساتھ ساتھ منتشر ہوتا ہوا موخر منصف تک پہنچ جاتا ہے اور نیز ڈایافرام تک بھی بڑھ جاتا ہے۔

185 **پس بلعومی خراج کی**

بلعوم کے پیچھے جو ڈھیلی ڈھالی بافت موجود ہوتی ہے اسمیں پس بلعومی خراج کی دو اہم قسمیں پیدا ہوسکتی ہیں۔ شکل ۹۴ صفحہ 201 کے متعلق اگر یہ تصور کرلیا جائے کہ یہ گردن کی ایک بلند تر لیول پر کی تراش ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوگا کہ بلعوم کے پیچھے کچھ فضائی بافت موجود ہے جسمیں عروق لمف اور لمفی غدد موجود ہوتے ہیں اور اسکے پیچھے پیش فقری ردا اور پیش فقری عضلات اور عنقی عمود کی ہڈیاں ہیں۔ پس بلعومی خراج خاصکر بچوں میں پیش فقری ردا کے آگے کی لمفی بافت میں پیدا ہوسکتا ہے یا اور یہ بلعومی دیوار کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے جس سے حنک الرخو منخفض ہوجاتا ہے اور یا بہر نمودار ہوجاتا ہے ! ایسا خراج بالعموم حاد اور غیر تدرنی ہوتا ہے اور ہڈی سے اسکا تعلق نہیں ہوتا۔ اسکو منہ میں سے کھولکر اسکا تخلیہ کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ سانس کے ذریعہ سے پیپ کے اندر نہ جانے کے متعلق احتیاط کیجائے۔ خراج کی دوسری قسم شوکہ کے تدرنی مرض سے پیدا ہوتی ہے ! ور یہ پیش فقری ردا کے پیچھے واقع ہوتی ہے۔ چونکہ خراج کو عفونت دار منہ میں سے کھولنے سے اسمیں مخلوط سرائت کا پیدا ہونا یقینی ہوتا ہے جس سے شوکی مرض شدید ہوجاتا ہے اسلئے دہنی راستہ ہرگز اختیار نہ کرنا چاہیئے۔ محولہ بالا شکل کو بار دیگر دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس قسم کے خراج کو عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے پیچھے شگاف دینے اور اس عضلہ اور سباتی غلاف (carotid sheath) اور پیش فقری ردا کو آگے کی طرف کو کھینچنے کے بعد چمٹی یا پچکاری کی ٹونٹی داخل کرنے سے خالی کیا جاسکتا ہے (اور بعد میں بند بھی کیا جاسکتا ہے)۔

بہت سی اہم ساختیں بلعوم کی جانبی دیوار سے علاقہ رکھتی ہیں ! ور انمیں سے زیادہ اہم

داخلی سباتی (internal carotid) شریان، عصب تائیہ (vagus)، لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) اور تحت اللسانی (hypo-glossal) اعصاب ہیں (شکل ۳۷، صفحہ 184)۔ داخلی سباتی شریان بلعوم کے اتنی نزدیک ہوتی ہے کہ منھ میں انگلی ڈالکر اسکا نبضان محسوس کیا جا سکتا ہے۔ یہ اور گردن کی دوسری عمیق ساختیں بعض اوقات ایسے اجسام غریبہ سے جو منھ کے اندر کی طرف سے بلعوم میں سے عنقی بافتوں میں داخل کردئے جائیں زخمی ہو سکتی ہیں۔ داخلی وداجی (internal jugular) ورید بلعوم سے خاصکر اسکے بالائی حصہ میں



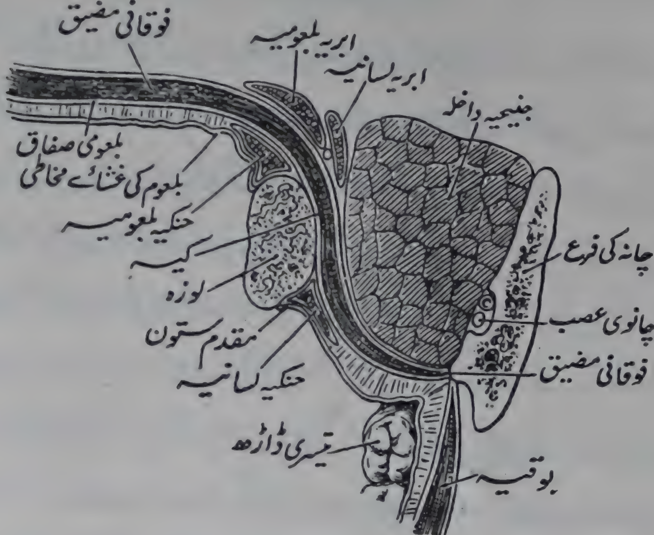
شکل ۴۵۔ حلقوم کے ستونوں اور لوزہ کی تصویر۔

کچھ فاصلہ پر ہوتی ہے (شکل ۳۷، صفحہ 148)۔ زائدہ ابریہ (جس حالت میں کہ یہ نمایاں ہو) اور نیز 186
متعظم ابری لامی (stylo-hyoid) رباط بھی لوزہ کے عین پیچھے بلعوم کی جانب پر محسوس کیا جا سکتا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں متعظم رباط غلطی سے جسم غریب تصور کر لیا گیا ہے اور اس کے استیصال کی کوشش کیجا چکی ہے۔

لوزہ (شکل ۴۵ و ۴۶) مقدم و موخر حنکی محرابوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ باہر کی طرف یہ فوقانی مضیق (superior constrictor) عضلہ سے تعلق رکھتا ہے (شکل ۳۷، صفحہ 148)۔ اور جہاں تک اسکی سطح کا تعلق ہے یہ نیچے کے جبڑے کے زاویہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جب اسمیں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو اس تودہ کا رجحان خط وسطی کیجانب بڑھنے کی طرف ہوتا ہے

جہاں اسے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی اور اس کے خارجی تعلقات پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔

گردن کا وہ تودہ جو اکثر غلطی سے کلانی یافتہ لوزہ تصور کرلیا جاتا ہے اُن کلانی یافتہ
غدد سے جو عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک پر اور داخلی وداجی (internal jugular) ورید کے
اوپر واقع ہوتے ہیں بنا ہوتا ہے۔ یہ غدد لوزی عروق لمف وصول کرتے ہیں۔ اور جملہ لوزی عوارض
میں یہ تقریباً ہمیشہ کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ یہ امر کہ جب عنقی غدد تدرن زدہ ہوتے ہیں تو پہلے پہل 187



شکل ۴۶ - لوزہ اور اسکے کیسہ اور ستونہائے حلقوم میں سے افقی تراشس۔

انہی غدد میں کلانی واقع ہوتی ہے، لوزہ کے ابتدائی سرائت کا ایک عام محل ہونے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

لوزہ بلعومی دیوار سے اتنی مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ یہ بلعومی عضلات کے حرکات سے متاثر ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ چنانچہ نگلنے کے فعل کے دوران میں فوقانی مضیق عضلہ اسکو اندر کی طرف کو حرکت دیتا ہے، اور بخلاف اسکے عضلہ ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ باہر کی جانب کو کھینچ سکتا ہے۔ غدہ تک جس آسانی سے رسائی ہو سکتی ہے اسکا انحصار بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں اس امر پر ہے کہ عضلہ ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ کس حد تک کھینچ سکتا ہے۔

اور مقدم حنکی محراب جو اسکو کسیقدر پوشیدہ کر دیتی ہے کتنی نمو یافتہ ہے - جس بچہ کی مقدم حنکی محراب نمایاں ہو اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) جو اسمیں موجود ہوتا ہے بخوبی نمو یافتہ ہو اور اسکا عضلہ ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) طاقتور ہو اسمیں لوزی گلوٹین (guillotine) 183 بعض اوقات بہت عرصہ تک کارگر نہیں ہوتا - تاہم لوزہ سالم مع منضم کیسہ کے نکالا جاسکتا ہے اور اسے نکالنا بھی اسیطرح چاہئے - جس حد تک لوزہ ستونوں کے لیول سے اوپر بڑھا ہوتا ہے اس سے اسکی حقیقی جسامت ظاہر نہیں ہوتی (پائی بس: Pybus)۔

لوزہ کی شکل اختلاف پذیر ہوتی ہے اور یہ اکثر تین تودوں میں منقسم ہوتا ہے۔ اور کثیر التعداد طاقچہ جات کے علاوہ اسکے بالائی حصہ میں جہاں مقدم اور موخر ستون حنک الرخو سے ملتے ہیں ایک گوشہ یا جیب **لوزی گوشہ** (tonsillar recess) - بھی ہوتی ہے - یہ گوشہ اُس پہلی حشوی درز کا جس میں لوزہ نے نمو پایا تھا بقیہ حصہ ہوتا ہے (سیکمب ہٹ: Seccombe Hett)۔ مقدم ستون سے غشائے مخاطی کا ایک واضح اور باریک شکن پیچھے کی طرف کو جا کر لوزہ پر ختم ہوجاتا ہے - ثنیہ مثلثی (plica triangularis) (شکل ۴۵) - اور ایک اور شکن بھی بعض اوقات لوزی گوشہ کے اوپر سے ستونوں کو ملا دیتا ہے (**ثنیہ ہلالی**: plica semilunaris) - لوزہ فوقانی مضیق (superior constrictor) سے ایک باریک لیفی کیسہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے (شکل ۴۶) - اس کے عروق لمف عضلہ مضیق کو مثقب کرتے ہیں - لوزہ کی دو بڑی قسمیں تسلیم کیجاسکتی ہیں: **مدفون** (embedded) جس میں غدہ آسا بافت میں ستونوں کے لیول کے نیچے زیادتی واقع ہوجاتی ہے اور **مُنظّل** (projecting) جس میں یہ زیادتی زیادہ تر منکشف حصہ میں پائی جاتی ہے۔ (ایس - ہٹ: S. Hett)۔ کلانی یافتہ لوزہ اکثر بلعوم میں بخوبی تظلیل کرآتا ہے! ور اس کے آزاد سرے کا رقبہ اس کے قاعدہ یعنی مدفون حصہ سے زیادہ ہوتا ہے لہذا لوزہ کو گلوٹین (guillotine) کے حلقہ میں داخل کرنے کے لئے حلقہ کو منظّل لوزہ پر نیچے سے اوپر کی طرف کو پرو لیا جائے اور پھر اسے اس طرح پھرا دیا جائے کہ چاقو زیادہ انتصابی سمت میں آجائے۔

خاذور (quinsy) میں فوق لوزی گوشہ میں خراج بنجاتا ہے اور حنک الرخو میں سے یہ نہایت موثر طریقہ سے کھولا جاسکتا ہے۔

جب لوزہ بیش پرورده ہوجائے تو بہرے پن کی بھی شکایت کی جاتی ہے - یہ بہرا پن یوسٹیکین نلیوں (Eustachian tube) کے کلانی یافتہ تودہ کے بلاواسطہ دباؤ سے بند ہوجانے سے

پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے دباؤ کا پیدا ہونا تشریحی نقطہ نگاہ سے ناممکن ہے۔ مگر عظیم الجسامتہ لوزہ حنک الرخو 189
میں خلل انداز ہونے کی وجہ سے نالی کے انفتاح پر اثر کرتا ہے، اور اس کی وساطت سے عضلہ
ناشر الحنک (tensor palati) بھی متاثر ہو جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلی کو
کھلا رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ ایسی حالتوں میں بہرا پن دباؤ کے اثرات سے پیدا ہونے کی بجائے
غالباً بیش پرورشی عمل کے استری غشا تک پہنچ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ لوزہ کے دور کر دینے
کے کچھ عرصہ بعد تک بھی اسمیں کچھ اصلاح نہیں ہوتی۔

لوزی بافت متعدد **طاقہ جات** کے ارد گرد زیادہ تر مجتمع ہوتی ہے (شکل ۴۶)۔ ان
گوشہ جات میں محبوس سرحلمی ساختوں کے تحلیل ہو جانے سے سانس بدبودار ہو جاتا ہے جیسا کہ لوزہ
کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں اکثر پایا جاتا ہے، اور التہاب کے حملہ کو بھی جس کے ایسے لوزہ پر
ہونے کا احتمال ہوتا ہے شاید یہی تحریک دیتا ہے۔ ان طاقہ جات میں بعض اوقات حصیات بھی
بنجاتے ہیں اور ان سے تشنجی کھانسی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب درآرسوق کو تنفسی مرکز تک لیجاتا ہے۔

لوزہ **کثیر العروق** ہوتا ہے۔ اور اس کو خون وجہی شریان کی لوزی اور حنکی شاخوں سے
اور داخلی فکی (internal maxillary) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ
سے، اور لسانی شریان کی شاخ ظہر اللسانی (dorsalis linguæ) سے اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے آتا ہے۔ لہذا لوزہ کو دور کرنے کے عملیہ میں اکثر بہت سا نزف واقع ہوتا ہے۔
داخلی سباتی (internal carotid) شریان بلعوم کے قریب واقع ہوتی ہے۔ مگر اس غدہ
سے کسی قدر پیچھے ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ 148)۔ یہ عرق درحقیقت جسم مذکور سے تقریباً ۴/۵ انچ
پیچھے ہوتا ہے۔ اور لوزہ کے استیصال کے دوران میں اس کے زخمی ہونے کا نسبتہً کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔
داخلی وداجی (internal jugular) ورید لوزہ سے معتدبہ فاصلہ پر واقع ہوتی ہے۔
وجہی شریان اپنے عنقی درجہ میں لوزہ کے قریب واقع ہوتی ہے۔ اہم عنقی ساختوں میں سے لسانی
بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب لوزہ سے قریب ترین ہوتا ہے۔ مزید برآں صعودی
بلعومی عرق بھی اس سے قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ اگرچہ یہ عرق چھوٹا سا ہوتا ہے مگر اسکا جریان خون
مہلک ثابت ہو چکا ہے۔

لوزہ میں اکثر **خبیث بالیدیں** مثلاً سرحلمی سلعات اور لمفی لحمی سلعات بھی پیدا

190 ہو جاتے ہیں۔ ایسے سلعات منہ میں سے دور کئے جا چکے ہیں، مگر ان کا تدارک عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کی مقدم کور کے ساتھ ساتھ گردن میں شگاف دینے سے زیادہ مناسب طور پر کیا جا سکتا ہے (عملیہ جیور: Cheever's operation)۔

191

بابِ نہم

گردن

زیر جانوی خطہ میں **جلد** ڈھیلی اور باریک ہوتی ہے۔ لہذا منہ کے نزدیک ترقیعی عملیہ جات میں یہ دامن بنانے کے لئے کار آمد ہوتی ہے۔ عضلہ منتشرہ (platysma myoides) اوپر کی طرف جبڑے سے چسپیدہ ہوتا ہے اور عنقی جلد سے بخوبی ملا ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم کی مقدار گردن کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ فوق لامی خطہ میں اس میں نمو کے با فراط پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور اس سے ایک منتشر شحم سلعی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔ جو غبغبہ (double chin) کے نام سے موسوم ہے۔ اسی طرح کے ایک منتشر شحمی تغیر کے زیر قذالی خطہ میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور مختص المقام کیسہ بند شحمی سلعات میں کمر اور گردن اور فوق ترقوی خطہ جات میں واقع ہونے کا بہت میلان پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات زیر فکی اور سباتی (carotid) مثلثوں میں نادر الوقوع ہیں۔

گردن کی گدّی پر جلد موٹی اور منضم ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ دمیلوں (furuncles) اور شب چراغوں (carbuncles) میں جو اس محل پر خاصکر ذیابیطس اور التہاب گردہ کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں اتنا شدید درد ہوتا ہے۔

سطحی تشریح۔ عظمی نقاط۔ مندرجہ ذیل مناظر لبول خاصکر شعاع نگاری کی عکسی تصویروں کے پڑھنے کے سلسلہ میں دلچسپی رکھتے ہیں:۔

عظم لامی (hyoid bone) چوتھے عنقی فقرہ اور لسانی شریان کے خارجی سباتی (external carotid) سے نکلنے کے مقام کی تناظر ہوتی ہے۔

درقی غضروف کا بالائی کنارہ چوتھے فقرہ کے بالمقابل مشترک سباتی (common carotid) کے دو شاخوں میں تقسیم ہونے کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔

حلقی غضروف (cricoid cartilage) اِن مقامات کا تناظر ہے:۔ چھٹے عنقی فقرہ کا اور اس مقام کا جہاں مشترک سباتی شریان عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کو عبور کرتی
ہے، اور فقری شریان کے فقری شریانی سوراخ (vertebrarterial foramen) میں داخل 192
ہونے کے مقام کا، اور شسے نیک (Chassaignac) کے سباتی درنہ کے لیول کا جس کے بالمقابل مشترک سباتی شریان کو نزف کی فوری ضرورت میں مضغوط کیا جاتا ہے۔ قص (sternum) کا بالائی حاشیہ دوسرے اور تیسرے ظہری فقرات کے درمیانی قرص کے لیول پر ہوتا ہے۔

گردن کی پشت پر ایک وسطانی طولی میزاب ہوتا ہے جو قفائیہ (inion) سے لے کر ان فرازات کے درمیان سے جو ہر ایک جانب کے عضلہ منحرفہ (trapezius) اور عضلہ مرکبہ (complexus) سے بنتے ہیں نیچے کی طرف کو آتا ہے۔ اسکے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے محور (axis) کا شوکہ ظاہر ہوگا اور اسکے نیچے وہ حید ظاہر ہوتا ہے جو تیسرے، چوتھے، پانچویں اور چھٹے عنقی فقرات سے بنتا ہے مگر شوکہ جات بالعموم فرداً فرداً تمیز نہیں کیے جاسکتے۔ گردن کی جڑ پہ فقرہ مرتفعہ (vertebra prominens) کا شوکہ عام طور پر بہت نمایاں ہوتا ہے۔

اطلس (atlas) کا مستعرض زائدہ زائدہ حلمیہ (mastoid process) کی نوک کے عین نیچے اور سامنے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ شوکی معین (spinal accessory) عصب اس زائدہ کے اوپر سے یا اس کے نیچے سے گزرتا ہے فوق ترقوی حفرہ (supraclavicular fossa) کے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے ساتویں عنقی فقرہ کا مستعرض زائدہ شناخت کیا جاسکتا ہے۔

عضیل گردن کی افقی تراش میں جو چھٹے عنقی فقرہ کے لیول کے قریب سے لیگئی ہو اسی فقرہ کا تمام جسم تراش کے مقدم نصف میں دکھائی دیتا ہے۔

خط وسطی ۔ زیر ذقنی (submental) خطہ میں عظم لامی (hyoid bone) کا جسم اور قرن اعظم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور اس سے ایک انگلی کی چوڑائی بھر نیچے درقی غضروف اور

اس سے نیچے حلقی (cricoid) غضروف، حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) اور قصبہ (trachea) شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتا جاتا ہے عمیق ہوتا جاتا ہے۔ چنانچہ قص کے بالائی کنارہ پر یہ سطح سے تقریباً ۱½ انچ دور ہوتا ہے فتحۃ المزمار (rima glottidis)
198 درقی غضروف کے مقدم حاشیہ کے وسط کا متناظر ہوتا ہے۔

غدہ درقیہ (thyroid gland) تا وقتیکہ کلانی یافتہ نہ ہو بالتحقیق شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ اسکی خاکنائے (isthmus) قصبہ (trachea) کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔

مقدم وداجی وریدیں (anterior jugular veins) خط وسطی کی ہر ایک جانب پر عضلات قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid muscles) پر سے اترتی ہیں۔ یہ زیر جانوی خطہ میں شروع ہوتی ہیں اور ترقوہ کے اندرونی سرے کے عین اوپر پردا کو منثقب کرتی ہیں اور عضلہ قصبیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے مبدا کے نیچے سے گزر کر خارجی وداجی (external jugular) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ مقدم درقی وریدیں قصبہ (trachea) کے سامنے خاکنائے کے نیچے واقع ہوتی ہیں۔

گردن کی جانب (شکل ۴۷) عضلات - عضلہ قصبیہ حلمیہ

(sterno-mastoid muscle) خاصکر دبلے اشخاص میں اور جبکہ یہ فعل کر رہا ہو ایک نمایاں خصوصیت رکھتا ہے۔ مریض کے ٹھوڑی کو دوسری جانب اور نیچے کی طرف کو پھرانے سے جبکہ ممتحن کا ہاتھ اسکی حرکت کی مزاحمت کر رہا ہو یہ عضلہ نمایاں کیا جا سکتا ہے۔ اسطرح یہ معلوم کیا جا سکتا ہے کہ آیا کوئی زیر بحث ورم اس عضلہ کے نیچے سے گزرتا ہے یا اوپر سے، اور آیا یہ اس سے آزاد ہے یا اس سے چسپیدہ۔ ایک رابط شاخ جو وجہی ورید سے آتی ہے عام طور پر اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور مقدم وداجی ورید سے گردن کے نیچے کے حصہ پر ملجاتی ہے۔ اگر اس عضلہ کے قصبی اور ترقوی حصوں کے درمیانی وقفہ میں سے جو بالعموم بخوبی نمایاں ہوتا ہے ترقوہ کے عین قریب سے ایک سوئی بھونک دیجائے تو یہ دائیں جانب پر اس مقام کو چھوئیگی جس پر لااسمی شریان دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے اور بائیں جانب پر یہ سباتی عرق (carotid vessel) سے پار ہو جائے گی۔ دو شکمی عضلہ (digastric) کا موخر شکم اس خط کا متناظر ہوتا ہے جو زائدہ حلمیہ (mastoid process) سے عظم لامی (hyoid bone) کے مقدم حصہ تک کھینچا جائے۔

عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کا مقدم شکم اس ترچھے خط کی متابعت کرتا ہے جو عظم لامی سے

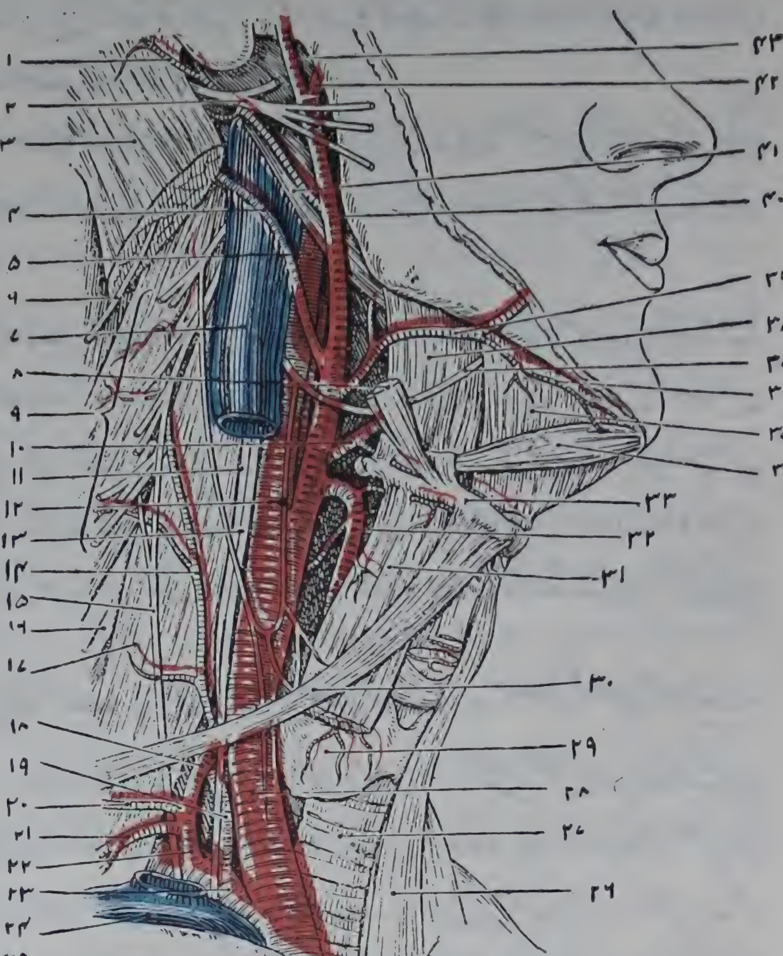
104

شکل ۷۴۔

یہ تصویر گردن کیجانب اور سامنے کی طرف کی حالتگاری ظاہر کرتی ہے۔

(ہیٹزمان Heitzmann کے مطابق)۔

۱۔پس اذینی شریان۔ ۲۔ وجہی عصب۔ ۳۔ عضلہ قصبیہ حلمیہ۔ ۴۔ قذالی شریان۔ ۵۔ داخلی سباتی شریان۔ ۶۔ شوکی معین عصب (عضلہ قصبیہ حلمیہ میں سے گزرتا ہے)۔ ۷۔ داخلی وداجی ورید۔ ۸۔ عضلہ ابریہ لامیہ۔ ۹۔ عنقی ضفیرہ۔ ۱۰۔ لسانی شریان۔ ۱۱۔ حبل منشار کی۔ ۱۲۔ نزولی تحت اللسانی عصب۔ ۱۳۔ عصب تاٴبیہ۔ ۱۴۔ صعودی عنقی شریان۔ ۱۵۔ ڈایافرامی عصب۔



۱۶۔ عضدی ضفیرہ۔ ۱۷۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم۔ ۱۸۔ تحتانی درقی شریان۔ ۱۹۔ فقری شریان۔ ۲۰۔ مستعرض عنقی شریان۔ ۲۱۔ فوق کتفی شریان۔ ۲۲۔ درقی محوری شریان۔ ۲۳۔ زیر ترقوی شریان۔ ۲۴۔ زیر ترقوی ورید۔ ۲۵۔ ترقوہ ۲۶۔ عضلہ قصبیہ لامیہ۔ ۲۷۔ قصبہ۔ ۲۸۔ مشترک سباتی شریان۔ ۲۹۔ درقی غدہ۔ ۳۰۔ عضلہ کتفیہ لامیہ۔ ۳۱۔ عضلہ قصبیہ درقیہ۔ ۳۲۔ فوقانی درقی شریان۔ ۳۳۔ عظم لامی۔ ۳۴۔ دوشکمی عضلہ (مقدم شکم)۔ ۳۵۔ عضلہ جانبیہ لامیہ۔ ۳۶۔ زیر فوقنی شاخ وجہی شریان کی۔ ۳۷۔ تحت اللسانی عصب۔ ۳۸۔ عضلہ لامیہ لسانیہ۔ ۳۹۔ وجہی شریان۔ ۴۰۔ خارجی سباتی شریان۔ ۴۱۔ عضلہ ابریہ بلعومیہ۔ ۴۲۔ اندرونی فکی شریان۔ ۴۳۔ سطحی صدغی شریان۔

اگلے حصہ سے نیچے کی طرف سباتی شریان(carotid artery) کے خط کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل قطع کرتا ہوا کھینچا جائے ایسکا موخر شکم پتلی گردنوں میں خاصکر جبکہ یہ فعل کررہا ہو ترقوہ سے عین اوپر اور اسکے تقریباً متوازی گذرتا ہوا شناخت کیاجاسکتا ہے۔ اگرچہ عضلہ قصیبہ حلمیہ(sterno-mastoid) اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) کے موخر کناروں کا رخ بالکل ایک سا نہیں ہوتا مگر پھر بھی یہ ایک دوسرے کے تقریباً متناظر ہوتے ہیں۔

195 عضلہ قصیبہ حلمیہ(sterno-mastoid) کی عصبی رسد شوکی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے حاصل ہوتی ہے (صفحہ 198)۔ تدرن زدہ غدد کا اور خاصکر ان غدد کا استیصال کرتے وقت اسکو ضرر پہنچ جاتا ہے جو داخلی وداجی ورید پر جبڑے کے زاویہ کے پیچھے اور نیچے واقع ہوتے ہیں جہاں شوکی معین عصب (spinal accessory) کے گرد غدی التہابی بافت(periadeninitic tissue) میں پھنس جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

کم عمر بچوں میں بعض اوقات اس عضلہ میں ایک محکم سلعہ پایا جاتا ہے اور یہ اس دموی سلعہ کے تعضیہ کا نتیجہ ہوتا ہے جو بوقت پیدائش اسکے ریشوں کی دریدگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔

عروق

مشترک سباتی شریان (common carotid artery) اس خط سے ظاہر کی جاتی ہے جو قصی ترقوی جوڑ سے لیکر جبانہ کے زاویہ اور حلمی زائدہ کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔ یہ عرق درقی غضروف کے بالائی کنارہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی یہ اس نقطہ سے ½ انچ اوپر بھی منقسم ہوتا ہے۔ عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) اسکو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل یعنی چھٹے عنقی فقرہ کے لیول پر عبور کرتا ہے۔ اور تقریباً اسی مقام پر اس شریان کو وسطی درقی ورید بھی کاٹتی ہوئی گزرتی ہے۔ داخلی وداجی ورید (internal jugular vein) کا خط بڑی شریان کے خط سے عین باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ شریان اور ورید دونوں عضلہ قصیبہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے مقدم کنارہ کے نیچے واقع ہوتی ہیں اور عمومی سباتی غلاف (general carotid sheath) میں بند ہوتی ہیں، جو عمقی عنقی ردا سے حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 202)۔ اس غلاف میں مشترک

سباتی شریان (common carotid artery) (جو اپنے اصلی غلاف میں بند ہوتی ہے)، داخلی وداجی ورید (internal jugular vein) اور عصب تائیہ (vagus) موجود ہوتے ہیں۔ موخرالذکر شریان اور ورید کے درمیان اور پیچھے سے نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ نزولی تحت اللسانی عصب (descendens hypo-glossi nerve) غلاف کی مقدم دیوار کے 196
ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے اور اسکے پیچھے عضلہ عنقیہ طویل (longus coli) پر عنقی مشارکی حبل (cervical sympathetic cord) واقع ہوتی ہے۔

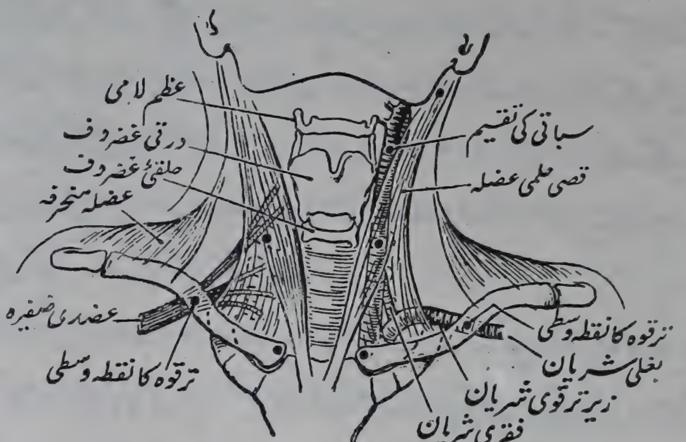
چوتھے عنقی فقرہ کے لیول پر یعنی درقی غضروف کے بالائی کنارے پر مشترک سباتی شریان (common carotid) **خارجی سباتی اور داخلی سباتی** شریانوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ قبل الذکر موخرالذکر سے وسطانی اور مقدم تعلق رکھتی ہے اور نیز شاخوں کی موجودگی سے یہ اس سے تمیز کیجاسکتی ہے۔

عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے لیول پر **لسانی شریان** (lingual artery) خارجی سباتی (external carotid) سے نکلتی ہے۔ **فوقانی درقی** (superior thyroid) کا مبدا اس سے نیچے اور **وجہی شریان** (facial artery) کا اس سے عین اوپر ہوتا ہے۔ فوقانی درقی (superior thyroid) آگے کی اور نیچے کی طرف کو خم کھاکر درقی غضروف کی بالائی کور کی طرف چلی جاتی ہے۔ **لسانی شریان** عضلہ لامیہ لسانیہ (hyopglossus) (جو اوپرا ہوتا ہے) اور عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ (genio-hyo-glossus) (جو گہرا ہوتا ہے) کی درمیانی بین فضا کی طرف بڑھنے سے پیشتر عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے موخر سرے سے اوپر ہمیشہ ایک چنبر بناتی ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی عصب (hypo-glossal nerve) جو عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) سے اوپری ہوتا ہے، شریان کے محل وقوع کے لئے رہنما کا کام دیتا ہے (شکل ۳۸ صفحہ 151)۔

وجہی شریان (facial artery) بہت پیچیدہ ہوتی ہے۔ مگر اسکا عمومی ممر گردن میں اُس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو قرن اعظم کی نوک سے عین اوپر سے عضلہ مضغیہ (masseter) کے مقدم کنارہ تک کھینچا جائے۔ یہ زیر جانوی غدہ کے موخر قطب کے گرد گھوم جاتی ہے اور اس غدہ کو دور کرتے وقت اسکو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ **قذالی شریان** (occipital artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جو قرن اعظم کی نوک سے لیکر زائدہ حلمیہ کے قاعدہ کو کاٹتا ہوا گزارا جائے۔

خارجی وداجی ورید (external jugular vein) اس خط کی متابعت کرتی ہے جو جانوی زاویہ سے لیکر ترقوہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔

زیر ترقوی شریان (subclavian artery) گردن کی جڑ پر ایک منحنی بناتی
ہے (شکل ۴۸)۔ اس منحنی کا ایک سرا قصی ترقوی جوڑ کا متناظر ہوتا ہے اور دوسرا ترقوہ کے 197
نقطۂ وسطی کا۔ منحنی کی چوٹی اس ہڈی سے تقریباً ½ انچ اونچی ہوتی ہے۔ یہاں سے آگے بڑھ کر
یہ پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ بازو کی بڑی شریان کا عمومی ممر زیر ترقوی کے



شکل ۴۸۔ یہ شکل عضدی ضفیرہ، زیر ترقوی اور سباتی شریانوں کی سطحی ترسیموں کو ظاہر کرتی ہے۔

ابتدائی منحنی کے بعد ایک خط سے ظاہر کیا جا سکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے غرابی زائدہ (coracoid process) کے پاس سے گزرتا ہوا پیش مرفقی حفرہ کے نقطۂ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر مبتعد ہوا اور ہاتھ مبطوح ہو۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) زیر ترقوی شریان کو تین حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ پہلے حصہ تک جراحی نقطہ نگاہ سے مشکل سے رسائی ہو سکتی ہے، کیونکہ اسکے سامنے چوڑی داخلی وداجی ورید (internal jugular vein)، عصب تائیہ (vagus nerve) اور مشارکی کا ایک چنبر واقع ہوتے ہیں۔ دائیں جانب پر بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اسکے پیچھے سے چنبر بناتا ہے اور بائیں جانب پر صدری قنات (thoracic duct) کی ڈلٹا نما انتہا اس سے

قریبی تعلق رکھتی ہے۔ دوسرا حصہ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے پیچھے ہوتا ہے، جو اسکی متناظر ورید کے دوسرے حصہ کو اس سے علٰحدہ کرتا ہے۔ تیسرا حصہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے بیرونی کنارہ اور پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ کے درمیان ترقوہ کے وسطی ثلث کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی وداجی ورید اور عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کا 198
موخر شکم اس سے مقدم تعلق رکھتے ہیں۔ زیر ترقوی ورید آگے اور نیچے ہوتی ہے، اور عضدی ضفیرہ (brachial plexus) اوپر ہوتا ہے۔ اس ضفیرہ کا سب سے نیچے کا تنا اکثر اس شریان کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ مگر اس وضع میں جسمیں جارحہ اس حصہ کے قرب و جوار پر عملیہ کے لئے رکھا جاتا ہے (یعنی مروڑ کر مریض کی کمر کے پیچھے کر دیا جاتا ہے) ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عصبی تنا پھسل کر کسیقدر آگے آجاتا ہے۔ فوری ضرورت کی حالت میں اس شریان کو ترقوہ کے اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف دباؤ ڈالنے سے پہلی پسلی پر مضغوط کیا جا سکتا ہے جبکہ بازو اچھی طرح سے نیچے کی طرف کو کھچا ہو۔

زیر ترقوی ورید شریان کے نیچے اور اس سے مقدم سطح پر واقع ہوتی ہے، اور ساری کی ساری ترقوہ کے نیچے چھپی ہوتی ہے۔

فوق کتفی (suprascapular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) شریانیں ترقوہ کے متوازی جاتی ہیں۔ قبل الذکر ہڈی کے عین پیچھے ہوتی ہے، اور موخر الذکر اس کے عین اوپر۔

اعصاب۔ گردن کے بڑے بڑے سطحی اعصاب کا محل چھ خطوط سے جو عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے وسط سے کھینچے جاتے ہیں کافی اچھی طرح سے ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ اس نقطہ سے جو خط آگے کی طرف کو عضلہ قصیہ حلمیہ کے طویل محور کو زاویہ قائمہ پر کاٹتا ہوا کھینچا جائے وہ سطحی عنقی عصب (superficial cervical nerve) (جلدی عنقی عصب nervus cutaneus colli) کا متناظر ہوتا ہے۔ دوسرا خط جو اس عضلہ کو کاٹتا ہوا صیوان الاذن کے نیچے تک خارجی وداجی (external jugular) ورید کے متوازی کھینچا جائے وہ عظیم اذنی عصب (great auricular nerve) کا متناظر ہوتا ہے، اور تیسرا خط جو عضلہ قصیہ حلمیہ کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ چاندلی تک کھینچا جائے صغیر قذالی عصب (small occipital nerve) کے ممر کی نشاندہی کرتا ہے۔ ان خطوط کو اگر نیچے کیطرف اسطرح بڑھایا جائے کہ وہ قص (sternum) ترقوہ کے وسطی حصہ، اور اکرومی (acromian) کو کاٹتے ہوئے گذریں تو وہ فرداً فرداً مقدم وسطی

اور موخر فوق ترقوی اعصاب کو ظاہر کرینگے۔

نخاعی معین (spinal accessory) عصب وداجی سوراخ (jugular foramen) کے وسطی خانہ میں سے نکلتا ہے اور داخلی وداجی ورید کے سامنے سے (اور
199 بعض اوقات پیچھے سے) گزر کر اطلس کے مستعرض زائدہ کو اوپر یا عین نیچے سے کاٹتا ہوا عضلہ قصیہ حلمیہ کی عمیق سطح میں داخل ہو جاتا ہے اور اسکے موخر کنارہ سے باہر نکلکر موخر مثلث کو عبور کرنے کے بعد عضلہ منحرفہ (trapezius) میں پہنچ جاتا ہے۔ اس کا ممر یوں ظاہر کیا جا سکتا ہے :- اطلس کے مستعرض زائدہ سے اس نقطہ تک جو عضلہ قصیہ حلمیہ کی مقدم کور پر زائدہ حلمیہ کی نوک سے ۲ انچ نیچے واقع ہو۔ یہاں سے زائدہ قصیہ حلمیہ کے موخر کنارہ کے نقطہ وسطی تک اور آگے چلکر عضلہ منحرفہ (trapezius) کی مقدم کور کے زیریں اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک (شکل ۴۸ صفحہ 151) عضلہ قصیہ حلمیہ کو نخاعی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں اور عضلہ منحرفہ (trapezius) کو نخاعی معین عصب اور تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

ڈایا فرامی عصب (phrenic nerve) چوتھے اور نیز تیسرے اور پانچویں عنقی اعصاب سے درقی غضروف کے نقطہ وسطی کے لیول کے قریب قریب پیدا ہوتا ہے اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے اوپر سے گزر عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے نیچے سے ہوتا ہوا ترقوہ کے قصی سرے کے پیچھے کے ایک نقطہ تک پہنچ جاتا ہے۔

عضدی ضفیرہ (brachial plexus) بعض اوقات بہت دبلے اشخاص میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اسکی بالائی حد ایک خط سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو اس نقطہ سے لیکر جو حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) کے تقریباً مقابل ہو گردن کیجانب پر ترقوہ کے نقطۂ وسطی کے ذرا باہر تک کھینچا جائے (شکل ۴۸)۔

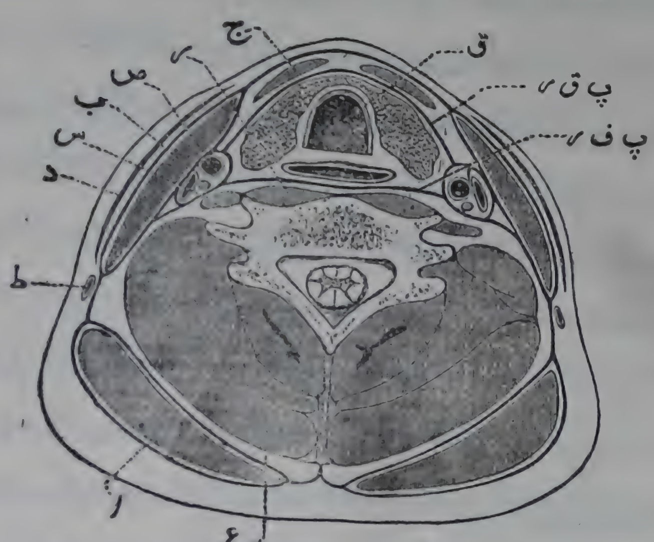
جب ایک طرف کا عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) عضلہ مقابل کے شلل یا تشنجی انقباض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے استوارانہ منقبض ہو جاتا ہے تو ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جو کج گردنی (wry-neck) کے نام سے موسوم ہے۔ کج گردنی میں سر کی جو وضع ہوتی ہے اس سے قصیہ حلمیہ کا اثر جبکہ یہ پورا فعل کر رہا ہو صحیح صحیح طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ سر ذرا آگے کی طرف کو

خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹھوڈی تندرست جانب کی طرف پھر جاتی ہے اور ماؤف جانب کا کان قصی ترقوی (sterno-clavicular) جوڑ کی طرف جھک جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں عضلہ منحرفہ (trapezius) اور عضلہ جبیریہ (splenius) بھی ماؤف ہوتے ہیں، اور عنقی ردا میں تقبضات پائے جاتے ہیں۔ تشنجی انقباض معکوس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ بعض اوقات یہ موخر مثلث کے عنقی غدد کے التہاب میں پایا جاتا ہے۔ ایسے التہاب سے عنقی ضفیرہ کی بعض 200
شاخوں میں التہاب پیدا ہو چکا ہے اور اگرچہ عضلہ قصبیہ حلمیہ کو عصبی رسد زیادہ تر نخاعی معین (spinal accessory) عصب سے پہنچتی ہے، مگر اس ضفیرہ (یعنی دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب) سے بھی اعصاب اس تک جاتے ہیں۔ نخاعی معین (spinal accessory) عصب اوپر کے دو یا تین عمیق عنقی لمفی غدد کے درمیان سے گزرتا ہے اور انکے التہاب میں یہ بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ مزید برآں اسی قسم کا انقباض پہلے دو عنقی فقرات کے مرض میں دوسرے عنقی عصب کی بلا واسطہ خراش سے پیدا ہو چکا ہے کج گردنی (wry-neck) کی بعض قسموں کو رفع کرنے کے لئے عضلہ قصبیہ حلمیہ اور عنقی ردا دونوں عضلہ کی اُس چسپیدگی سے تقریباً ½ انچ اوپر کاٹ دئے جاتے ہیں جو قص اور ترقوہ کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس عملیہ میں وساختوں یعنی خارجی وداجی ورید (external jugular vein) کے جو اس عضلہ کے موخر کنارہ کے پاس واقع ہوتی ہے، اور مقدم وداجی (anterior jugular) کے جو اسکے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور ترقوہ سے عین اوپر عضلہ کے پیچھے سے گزر کر قبل الذکر ورید میں ختم ہو جاتی ہے زخمی ہونے کا معتدبہ خطرہ ہوتا ہے۔

عنقی ردا (cervical facia)۔ یہ اتصالی بافت گردن کی ساختوں کو باندھے رکھتی ہے اور عضلات، عروق اور اعصاب کے لئے غلافات بناتی ہے۔ یہ غلافات آپس میں اسطرح متحد ہوتے ہیں کہ مری (œsophagus)، حنجرہ (larynx)، قصبہ (trachea) اور جسم درقی (thyroid body) کی حرکتیں آزادانہ واقع ہو سکتی ہیں۔ مگر بایں ہمہ یہ ایک قسم کی مضبوطی اور جامدیت بھی پیدا کرتی ہے جس سے تمام کی تمام گردن ہلائی جا سکتی ہے۔ گردن کی ساختوں کو باندھنے کے لئے بطور واسطہ کام دینے کے علاوہ عنقی ردا ایک سہارا دینے والی بافت کا کام بھی دیتی ہے، جس میں گردن کا وسیع لمفی نظام مدفون ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے یہ

گردن کی جڑ کی طرف کو جاتا ہے۔
عمیق عنقی ردا (ا) سطحی تہ اور (ب) زیادہ عمیق زوائد میں تقسیم کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل ۴۹)۔

201 (ا) **سطحی تہ** گردن کی ایک مکمل پوشش کا کام دیتی ہے اور سوائے عضلہ منتشرہ (platysma)



شکل ۴۹۔ گردن کے زیرین حصہ میں سے متعرض تراش جو عنقی ردا کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔
(از نسامی)

ا - عضلہ منحرفہ - ب - قصبیہ حلمیہ - ج - عظم لامیہ کے خافضات - د - عضلہ منتشرہ - م - مقدم شوکی عضلات - س - عضلہ مختلف الاضلاع مقدم - ص - سباتی شریان - ط - خارجی وداجی ورید - ع - موخر شوکی عضلات - ف - قصبہ جسکے پیچھے مری ہے اور آگے جسم درقی - پ ف ر - پیش فقری ردا - پ ق ر - پیش قصبی ردا -

اور بعض سطحی وریدوں اور اعصاب کے تمام عنقی ساختوں کو ڈھانپتی ہے۔ یہ فقرات کے شوکی زوائد کے پیچھے سے شروع ہوتی ہے اور عضلہ منحرفہ (trapezius) کو محصور کرنے کے بعد اس کے مقدم کنارہ پر ایک مجرد تہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں سے موخر مثلث کو عبور کر جاتی ہے۔ عضلہ قصبیہ حلمیہ کے موخر کنارہ پر پہنچ کر یہ دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے اور اس ساخت کو محصور کرنے کے بعد اسکے مقدم کنارہ پر پھر مجرد تہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ گردن کے خط وسطی تک

چلی جاتی ہے اور دوسری طرف کی رداسے ملجاتی ہے' اور راستہ میں مقدم مثلث کو مکمل طور پر ڈھانک دیتی ہے۔ موخر مثلث میں جو حصہ واقع ہوتا ہے وہ ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور اسکی بناوٹ چھدری ہوتی ہے' اور یہ اس مثلث کی انصالی بافت سے مسلسل ہوتا ہے۔ مقدم مثلث پر یہ ردا اوپر کی طرف 202
چانہ کے زیرین کنارہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس ہڈی کی پچھلی طرف پر یہ نکفی غدہ کے اوپر سے ہوتی ہوئی وجنہ (zygoma) تک چلی جاتی ہے اور فکی ردا بناتی ہے۔ اور ایک زیادہ عمقی تہ اس غدہ کے نیچے سے (اسکے اور زیر چانوی غدہ کے درمیان سے) گزر کر کھوپڑی کے قاعدہ پر کے چند نقاط سے چسپیدہ ہوجاتی ہے۔ اسی زیادہ عمقی حصہ سے وہ رباط نمو پاتا ہے جو ابری چانوی (stylo-mandibular) رباط کے نام سے موسوم ہے۔ سامنے کی طرف پر یہ ردا عظم لامی سے چسپیدہ ہوتی ہے' اور جسم درقی کے عین نیچے یہ پھر دو تہوں میں تقسیم ہوجاتی ہے۔ ان میں سے ایک قص (sternun) کی سامنے کی طرف سے اور دوسری اسکی پشت سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ دونوں تہیں عظم لامی کے خافضات کے سامنے واقع ہوتی ہیں اور انکے درمیان ایک چھوٹی سی فضا بنجاتی ہے (جو جانبی رخ میں اتنی دور تک چلی جاتی ہے کہ عضلہ قصیہ حلمیہ کے قصی سر کو محصور کرلیتی ہے) جسکا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے اور جو اس مقام پر عرض میں قص کی دبازت کی تناظر ہوتی ہے۔ یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ قصیہ حلمیہ کے قصی سر کو کاٹتے وقت عملیہ اس چھوٹے سے خانہ میں جو ندکورۂ بالا دونوں تہوں سے بنتا ہے سرانجام دیا جاتا ہے' اور یہ معلوم کرلینا بہتر ہے کہ مقدم وداجی ورید بھی خارجی وداجی نینے کی طرف کو آتی ہوئی اسی خانہ میں واقع ہوتی ہے۔

(ب) زیادہ عمیق زوائد۔ (۱) سطحی تہ سے ایک زائدہ (شکل ۹۴ چ ق ر)

عضلہ قصیہ حلبیہ کے مقدم کنارہ کے قریب سے پیدا ہوتا ہے جو عظم لامی کے خافضات کے نیچے سے گزر کر جسم درقی اور قصبہ کی مقدم جانب کو محصور کرتا ہوا اِس تلی اور بڑے بڑے عروق کے سامنے سے نیچے کی طرف کو گرد قلبیہ (pericardium) کی لیفی تہ تک چلا جاتا ہے۔ (۲) پیش فقری ردا ایک تہ ہے جو پیش فقری عضلات پر بلعوم اور مری کے پیچھے سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ کھوپڑی کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتی ہے' اور نیچے کی طرف مری کے پیچھے سے یہ صدر میں اتر جاتی ہے۔ جانب پر یہ سیاتی خلاف سے ملجاتی ہے' اور یہاں سے یہ پھر باہر کی اور نیچے کی طرف کو عضلات مختلف الاضلاع (scalene muscles) عضدی ضفیرہ (brachial plexus) اور

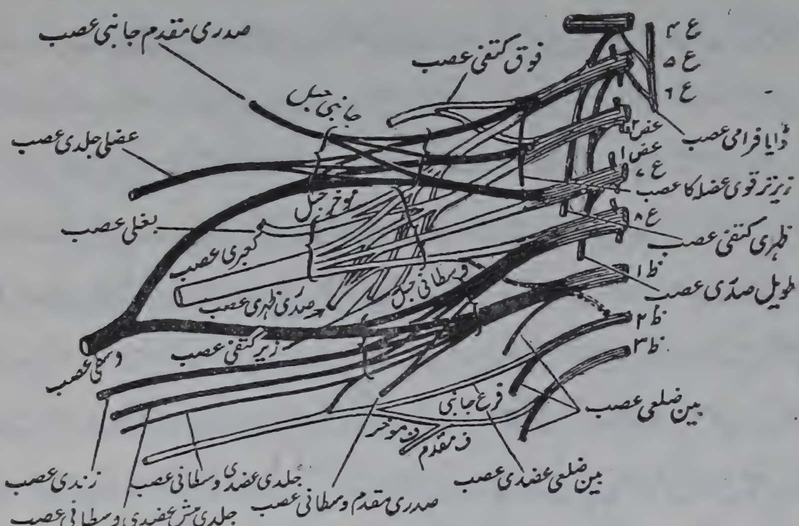
زیر ترقوی (subclavian) عروق پر پھیل جاتی ہے - یہ اِن عروق کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے نیچے تک
203 آتی ہے، جہاں یہ بغلی غلاف (axillary sheath) بناتی ہے اور ضلعی غرابی غشاء
(costo-coracoid membrane) کی زیریں سطح سے تعلق قائم کرلیتی ہے۔ (۳) سباتی شریان
اور اسکی رفیق وریداور عصب کا غلاف پیش فقری اور پیش قصبی تہوں اور قصبیہ حلمیہ کے غلاف سے
مسلسل ہوتا ہے (شکل ۹ ۴) یہ سباتی غلاف (carotid sheath) پیش قصبی تہ کے ساتھ ساتھ
نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور ادرطہ کے غلاف اور گرد قلبہ سے ملکر ختم ہوجاتا ہے۔ لہذا قلب اور
گرد قلبہ کو ایک طریقہ سے گردن سے بھی سہارا ملتا ہے۔ جب گردن پیچھے کی طرف کو گرا دیجاتی ہے
تو سباتی غلاف تنیدہ ہوجاتے ہیں اور صدری ساختیں اوپر کی طرف کو اٹھ جاتی ہیں۔

پس بلعومی خراج کبھی کبھی عنقی ردا سے ایک دو تعلق رکھتا ہے۔ بعض اوقات یہ عنقی
فقرات کے تدرنی مرض سے پیدا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ پیش فقری ردا کے سامنے واقع ہوگا۔
اور بعض اوقات یہ ان لمفی غدد سے پیدا ہوتا ہے جو پیش فقری ردا اور بلعوم کے درمیان پائے جاتے
ہیں۔ چونکہ یہ ردا مزاحمت پیش کرتی ہے اس لئے قبل الذکر خراج بلعوم کے درونہ میں خلل انداز ہونے
سے پیشتر معتدبہ جسامت اختیار کرلیتا ہے۔ موخرالذکر (خراج) چونکہ اتنا محدود نہیں رہتا اس لئے یہ
بلعوم کو ابتدا ہی میں زیادہ خطرناک طور پر تنگ کردیتا ہے۔ جو تدرنی پس بلعومی خراج پیش فقری ردا کے
سامنے واقع ہو اس تک جراحی رسائی بلعوم میں سے ہرگز نہ کرنا چاہیئے۔ شکل ۹ ۴ کے دیکھنے سے یہ ظاہر
ہوجائیگا کہ اس خراج پر حملہ آور ہونے کا مناسب راستہ اسی شگاف میں سے ہے جو قصبیہ حلمیہ کے بیرونی
کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا جائے اور سباتی غلاف کو آگے کی طرف کو بازکشیدہ کرلینا چاہیئے۔

پھیپھڑے کا راس

پھیپھڑے کا راس (apex of the lung) گردن کے اندر تک چلا آتا
ہے اور ترقوہ کے اندرونی نصف سے ۱ تا ۲ انچ اوپر تک پہنچتا ہے۔ اگر عضلہ قصبیہ حلمیہ کے
قصبی اور ترقوی سروں کے درمیان اور ترقوہ سے ۱½ انچ اوپر ایک نقطہ لیا جائے تو وہ بالغوں
کی اکثریت میں راس کے بلند ترین مقام اور پہلی پسلی کی گردن کے محل کو ظاہر کریگا۔ یہ ترقوہ،
عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle)، اور زیر ترقوی عروق کے
پیچھے واقع ہوتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا بائیں کی نسبت عام طور پر زیادہ اوپر تک جاتا ہے۔
زیر ترقوی شریان پر بے احتیاطی سے عملیہ جات کرنے کے دوران میں پلورا اکثر کھولا جاچکا ہے۔

204 مزید برآں گردن کے قاعدہ میں سے عمقی سلعات کو کھینچتے وقت یہ پھٹ بھی چکا ہے۔ پلورا اور پھیپھڑا گردن کی ہُولوں میں اور ترقوہ کے شدید کسور میں ہڈی کے ٹکڑوں سے بھی زخمی ہو چکے ہیں۔ بعض عنقی خراجات بھی پلورا میں کھل چکے ہیں اور اسکے علاوہ گردن کی جڑ پر کی خلوی بافت کے التہاب کے بعد ذات الجنب (pleurisy) پیدا ہو چکا ہے۔ سبسن کی ردا (Sibson's fascia) جو پہلی پسلی کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے پھیپھڑے کے راس پر پلورا کو تقویت دیتی ہے۔



شکل ۵۰۔ عضدی ضفیرہ۔

عضدی ضفیرہ

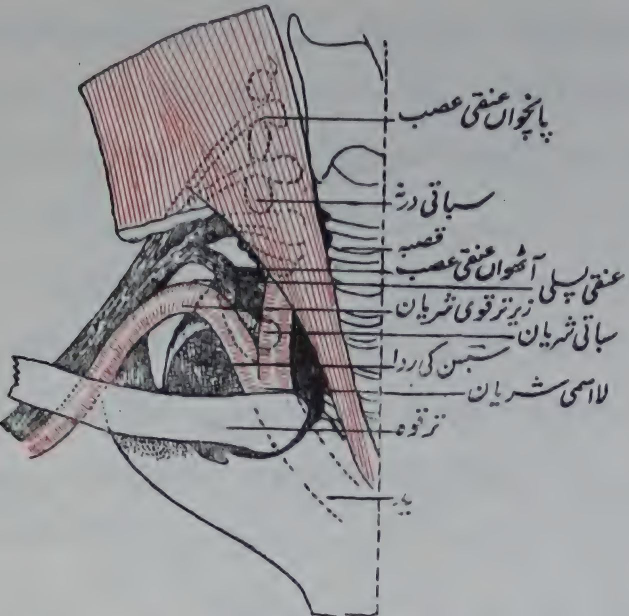
(brachial plexus) جس طریقہ سے عام طور پر بنتا ہے وہ شکل ۵۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ لیکن اسکے اجزائے ترکیب بعض حالتوں میں سر کیجانب کی طرف ایک فلقہ اوپر سے پیدا ہوتے ہیں۔ ("پیش بستہ ضفیرہ: prefixed plexus") اور بعض میں ذنبی جانب پر ایک فلقہ نیچے سے ("پس بستہ ضفیرہ: postfixed flexus")۔

عنقی پسلیاں

(cervical ribs) (شکل ۵۱) جوان پسلیوں کی قائم مقام ہیں جو طبعی طور پر بعض ادنیٰ فقرآیوں (lower vertebrates) میں نمو پاتی ہیں تمام افراد میں سے

ا تا ۲ فیصدی میں پائی جاتی ہیں۔ناقص النمو عنقی پسلی جنین میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔گراں پسلیوں سے علامات مقابلۃً بہت کم پیدا ہوتے ہیں۔اور جب پیدا ہوتے ہیں تو صرف سن بلوغ میں پیدا ہوتے ہیں جس کی وجہ شائد یہ ہے کہ اسوقت عضلی تنشس کم ہوجاتی ہے۔اگرچہ یہ پسلیاں دونوں جانب پہ موجود ہوتی ہیں،لیکن انکے علامات اکثر ایک ہی طرف پائے جاتے ہیں۔سارجنٹ (Sargent) اس قرب وجوار میں ناقص النمو پسلیوں کے پانچ اقسام تسلیم کرتا ہے ؛ (۱) عام ترین قسم فقرہ کا ضلعی زائدہ ہے جو حد سے زیادہ بڑھ جاتا ہے اور بغیر جوڑ کے ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف مستعرض زائدہ سے متحد ہوتا ہے۔یہ ایک لیفی بند کی شکل میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پہلی پسلی سے مختلف الاضلاعی درنہ (scalene tubercle) کے پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔(۲) ایک چھوٹی سی پسلی جو ضلعی مرکزی اور ضلعی مستعرض جوڑوں کے ذریعہ سے فقرہ سے جڑی ہوتی ہے اور ایک لیفی بند کی شکل میں آگے کی طرف کو نکل جاتی ہے جیسا کہ پہلی قسم میں ہوتا ہے۔(۳) ایک مفصل دار پسلی جو اتنی لمبی ہوتی ہے کہ اپنے عظمی حصہ پر آٹھویں عنقی جڑ کو اٹھا سکتی ہے اور ایک لیفی بند کے ذریعہ سے پہلی صدری پسلی سے متحد ہوتی ہے۔(۴) ایک مفصل دار پسلی جسکا مقدم سرا پہلی صدری پسلی سے یا تو ملجاتا ہے اور یا اس سے ایک مفصل کے ذریعہ سے جڑا ہوتا ہے۔ایسی پسلی کے ساتھ بعض اوقات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) یا عضلہ مختلف الاضلاع وسطی (scalenus medius) چسپیدہ ہوتے ہیں۔(۵) ایک بے قاعدگی انکے برعکس پائی جاتی ہے جس میں پہلی صدری پسلی ناقص النمو ہوتی ہے اور اسکے مقدم سرے کی جگہ ایک لیفی بند موجود ہوتا ہے۔یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ پہلی اور پانچویں قسمیں شعاع نگار (radiogram) میں ہمیشہ دکھائی نہیں دیتیں۔ضلعی غیر طبعی حالتوں کے ساتھ عضدی ضفیرہ کی ترکیب میں اختلافات پائے جانے کا امکان ہوتا ہے۔پیش بستگی (prefixation) ساتویں عنقی پسلی کے ساتھ اور پس بستگی (postfixation) غیر طبعی پہلی صدری پسلی کے ساتھ پائی جاتی ہے(وڈجونس :Wood Jones)۔ مگر ایسا کوئی تعلق نہیں پایا جاتا۔جو دائمی ہو اور جسکے متعلق کچھ پیش گوئی کیجا سکے (ونگیٹ ٹاڈ Wingate Todd: اور سارجنٹ :Sargent)۔سامنے کی طرف کے لیفی بند سے عظمی پسلی کی نسبت شائد زیادہ حقیقی علامات پیدا ہوتے ہیں۔دوران تنفس میں اور بازوؤں کی حرکتوں میں اس ضفیرہ کے زیرین اجزائے ترکیب یعنی آٹھویں عنقی یا سب سے نیچے کی جبل کو بار بار اقل ضرب پہنچتی رہتی ہے۔سارجنٹ (Sargent) کی رائے کے مطابق عرقی تغیرات عروق پر دباؤ پڑنے سے

پیدا نہیں ہوتے بلکہ جس مقام پر مشار کی ریشے آٹھویں عنقی اور پہلی صدری حبل میں داخل ہوتے ہیں
206 اس سے ذرا آگے بڑھکر ان ریشوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر ترقوی (subclavian)
شریان یا تو پہلی پسلی پر واقع ہوتی ہے۔ یا لیفی بند اُسے اس سے ذرا دور ہٹا کر رکھتا ہے (ٹاڈ:
Todd)۔ سارجنٹ (Sargent) نے ایسے واقعات نہیں دیکھے جنمیں یہ زائد پسلی کے اوپر سے
گزرتی ہو اگرچہ ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جب بازو لٹکتا ہو تو کعبری نبض عام طور پر



شکل ۱۵ زیر ترقوی شریان اور عضدی ضفیرہ کا تعلق عنقی پسلی سے ظاہر کرتی ہے۔

کمزور پائی جاتی ہے مگر سارجنٹ (Sargent) کا یہ خیال ہے کہ تمام عرقی تغیرات عرقی حرکی اختلالات سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر ترقوی ورید دباؤ سے بچ جاتی ہے۔ تھامس (Thomas) اور کشنگ (Cushing) (۱۹۰۳ء) کا یہ خیال ہے کہ نقصان عظمی ارتفاع کی نسبت لیفی بند سے پہنچتا ہے۔

اس خلافِ قاعدہ حالت کے بعض مریض بازو اور ہاتھ کی زندی طرف کے ساتھ ساتھ
207 سنسناہٹ محسوس ہونے کی یا ہاتھ کے عضلات میں شلل واقع ہو جانے کی شکایت کرتے ہیں۔
یہ علامات پہلے ظہری عصب پر اس مقام پر جرّ کا اثر ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جہاں یہ عنقی
پسلی کو عبور کرتا ہے (تھوربرن: Thorburn)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے اس امر کی طرف

اشارہ کیا ہے کہ بازو کے لٹکنے کی حالت میں پہلی صدری پسلی کے اوپر کی سطح پر کے میزاب میں زیر ترقوی شریان واقع نہیں ہوتی بلکہ عضدی ضفیرہ کا سب سے نیچے کا تنا (آٹھواں عنقی اور پہلا ظہری) واقع ہوتا ہے۔ نیز اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ چونکہ اس مقام پر میزاب سب سے زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ جہاں دوسرے ظہری عصب کا معتدبہ حصہ عضدی ضفیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کی تعمیر میں شامل ہوتا ہے اسلئے عصبی تنے اور پسلی کا درمیانی دباؤ بھی یہاں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

سارجنٹ (Sargent) کے مطابق عنقی پسلی کے علامات مندرجۂ ذیل ساختوں کے ضرر سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) بدنی دروں آر اعصاب (somatic afferent nerves) کے ضرر سے۔ مثلاً وجع العصب، جلدی اور عمقی حسی اختلالات۔ (۲) بدنی بروں آر ریشوں (somatic efferent fibres) کے ضرر سے۔ مثلاً عضلی کمزوری، لاغری اور برقی تغیرات۔ اور (۳) مشارکی ریشوں کو ضرر پہنچنے سے۔ مثلاً دورانی تغیرات، ٹھنڈاپن، کبودیت، تہیج اور بعض فسادات الحس (parӕsthesiӕ)، مثلاً جھنکارا اور سن پن، ٹھنڈک یا ورم کا احساس۔

جہاں تک عضلی رسد کا تعلق ہے ہاتھ کے درونی عضلات (خاصکر عضلات مبعدہ و مقابلہ ابہامیہ کنیر ولسن : Kinneir Wilson) نہایت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں۔ لیکن بعض حالتوں میں کلائی کے سطحی قابضات بھی لاغر اور کمزور ہوجاتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی واقعات میں مشترک حس پذیری کیا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔

پہلی صدری پسلی کے دباؤ سے پیدا شدہ علامات کو جنکی طرف پہلے ایڈون بریم ویل (Edwin Bramwell) نے سنہ ۱۹۰۳ء میں توجہ دلائی تھی اب بخوبی تسلیم کیا جاتا ہے اور تھوربرن (Thorbarn)، سٹائیلس (Stiles)، مورلے (Morley)، مرفی (Murphy)، سٹاپ فورڈ (Stopford)، ٹیلر (Taylor) اور دوسروں نے کامیاب عملیہ جات سرانجام دیئے ہیں۔

گلوبریدگی اور گردن کے زخم :۔ گردن کی جلد اتنی لچکدار اور حرکت پذیر ہوتی ہے کہ جب اس پر سے بالخصوص کند چاقو کھینچا جاتا ہے تو اسمیں بآسانی شکن پڑ جاتے ہیں۔
چنانچہ گلوبریدگی کی حالتوں میں جلد کے بہت سے کٹے ہوئے زخم پائے جاتے ہیں جو چاقو کی ایک ہی 208
حرکت سے پیدا ہوتے ہیں۔ گلوبریدگی کے زخم میں خواہ یہ خودکشانہ ہو یا قاتلانہ درقی لامی غشا (thyro-hyoid membrane) نہایت کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے

اس کے بعد قصبہ کا اور درقی غضروف کا نام آتا ہے (دیکھو شکل ۴۸ صفحہ 197)۔

۱- اگر زخم **عظم لامی سے اوپر** ہو تو مندرجۂ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ (۱) مقدم وداجی ورید (anterior jugular vein)، دوشکمی عضلہ کا مقدم شکم، جانیہ لامیہ (mylo-hyoid)، ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، لسانی شریان، وجہی شریان کی شاخیں، تحت اللسانی (hypoglossal) اور لسانی (lingual) اعصاب، زیر جانوی غدہ۔ بعض اوقات زبان کا جرم بھی کٹ جاتا ہے اور منہ کا فرش بخوبی کھل جاتا ہے۔ اگر کسی واقعہ میں زبان کی چپیدگیاں کٹ جائیں تو اسکے حنجرہ کے اوپر گر جانے اور اغتصاص (suffocation) کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

۲- اگر زخم **درقی لامی فضا کو عبور کرے** تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ مقدم وداجی ورید (anterior jugular vein)، قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid)، درقیہ لامیہ (thyro-hyoid)، کتفیہ لامیہ (omo-hyoid)، درقی لامی غشا، تحتانی مضیق (inferior constrictor)، فوقانی حنجری عضب، فوقانی درقی شریان۔ اور اگر یہ عظم لامی کے نزدیک ہو تو لسانی شریان کا تنا بھی بعض اوقات کٹ جاتا ہے۔ اگر زخم گہرا ہو تو بلعوم کھل جاتا ہے اور لکبی (epiglottis) قاعدہ کے قریب سے کٹ جاتا ہے۔ اس جگہ کے زخموں میں لکبی کا کٹ جانا ہمیشہ ایک خطرناک پیچیدگی ہوتا ہے۔

۳- اگر زخم سے **قصبہ** (trachea) **کٹ جائے** تو مندرجۂ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ مقدم وداجی ورید، قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid)، قصبیہ درقیہ (sterno-thyroid)، کتفیہ لامیہ (omo-hyoid)، عضلہ قصبیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کا کچھ حصہ، غدہ درقیہ، فوقانی اور تحتانی درقی شریانیں۔ فوقانی وسطی اور تحتانی درقی وریدیں، بازگرد حنجری اعصاب (recurrent laryngeal nerves) اور مری (gullet)۔

گردن کے زخموں میں بڑے بڑے عروق اکثر حیرت انگیز طریقہ سے بچ جاتے ہیں۔ کچھ تو یہ گہرے واقع ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور کچھ بہت حرکت پذیر ہونے کی وجہ سے، کیونکہ یہ ایک ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کے ماحول میں واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں خودکشی کرنے والا اپنا گلا

209 کاٹتے وقت سر کو پیچھے گرا کر اپنے بڑے بڑے عروق کو نسبتاً موخر مستوی پر لیجا کر نادانستہ محفوظ کر لیتا ہے۔ گلا کٹتے وقت عروق اوپر کی طرف ابھرے ہوئے درقی غضروف کی وجہ سے اور نیچے کی طرف عضلہ قصبیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے منقبض ہو جانے سے ایک بہت حد تک محفوظ ہو جاتے ہیں۔ جو گہرے زخم حلقیہ درقی (circo-thyroid) فضا میں سے لگیں یا قصبہ (trachea) کے بالائی حصہ میں سے گزر جائیں وہ ان زخموں کی نسبت جو گردن کے کسی دوسرے حصہ پر اتنی ہی قوت سے لگائے جائیں بڑے بڑے عروق تک زیادہ آسانی سے پہنچ جاتے ہیں۔

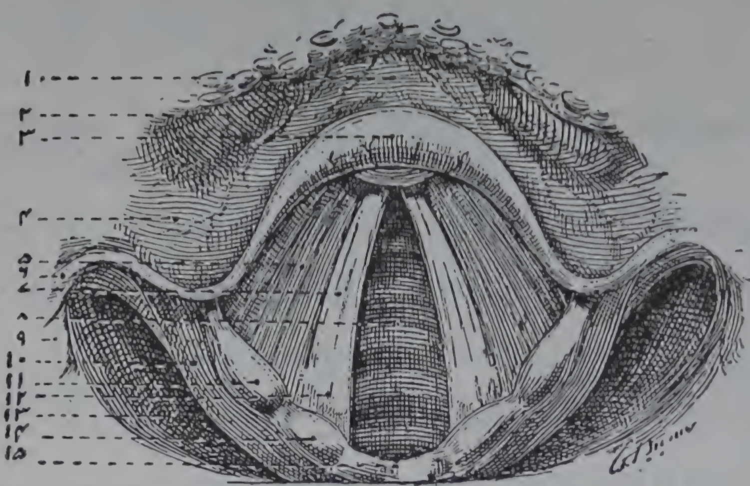
بندوق کے بہت سے زخموں میں جن میں مقذوف (missile) کے ممر سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ اہم عروق کو نقصان پہنچا ہوگا یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ عروق حقیقتہً ایک طرف کو دب جاتے ہیں اور اپنی حرکت پذیری کی وجہ سے محفوظ ہو جاتے ہیں۔ اسطرح بچ جانیکی بہت سی مثالیں زمانہ ماضی میں درج کی جا چکی ہیں اور جنگ عظیم میں بہت سی دیکھنے میں آئی ہیں۔

زخمہائے گردن کے موضوع کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ حبل شوکی کے اہم ترین حصہ تک پیچھے کی طرف سے اس رخنہ میں سے جو اطلس اور محور کے درمیان ہوتا ہے پہنچا جا سکتا ہے۔ اس محل پر حبل کو ایک ہی مرتبہ چاقو بھونکنے سے کاٹا جا سکتا ہے۔

عظم لامی (hyoid bone) بلاواسطہ چوٹ مثلاً گھونسا مارنے یا گلا گھوٹنے سے ٹوٹ سکتی ہے۔ یہ بعض اوقات ان اشخاص میں شکستہ پائی گئی ہے جن کو پھانسی دیگئی تھی۔ کسر بعض اوقات ہڈی کے جسم میں واقع ہوتا ہے مگر قرن اعظم زیادہ کثرت سے شکستہ پایا جاتا ہے۔ اس کسر میں بولنے، زبان ہلانے، منھ کھولنے اور نگلنے میں بہت سی تکلیف اور درد محسوس ہوتا ہے، اور یہ ایسے علامات ہیں جو بآسانی سمجھ میں آسکتے ہیں۔ مگر یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ عظم لامی کو ایکطرف سے دوسری طرف کو ہلانے پر تکتکہ طبعی طور پر محسوس ہوتا ہے، اور اسے کسر کے لئے ہرگز کافی شہادت تصور نہ کرنا چاہیے۔ درقی لامی غشا اور عظم لامی کی موخر سطح کے درمیان ایک درجک واقع ہوتی ہے۔ جب یہ کلاں ہو جاتی ہے تو یہ گردن کے دویری سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

حنجرہ (larynx) **اور قصبہ** (trachea)۔ حنجرہ کا محل گردن میں عمر سے متاثر

210 ہوتا ہے۔ بالغ میں حلقی غضروف (cricoid cartilage) چھٹے عنقی فقرہ کے زیرین حصہ تک جاتی ہے۔ تین ماہ کے بچہ میں یہ چوتھے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ تک ہوتی ہے، اور چھ سال کے بچہ میں پانچویں فقرہ کے زیرین کنارہ تک پہنچتی ہے۔ سن بلوغ پر یہ وہ محل اختیار کرتی ہے جس پر یہ جوانوں میں پائی جاتی ہے۔ مکبی (epiglottis) کا اوپر کا سرا بالغوں میں تیسرے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ کے مقابل ہوتا ہے۔



شکل ۵۲۔ وہ منظر دکھایا گیا ہے جو آرام سے سانس لینے کی حالت میں حنجرہ بین سے نظر آتا ہے۔
(سینٹ کلیر تھومسن StClair Thomson: "ناک اور حلق کے امراض"۔)

۱۔ وسطی لسانی مکبی رباط۔ ۲۔ نشیب۔ ۳۔ مکبی۔ ۴۔ جانبی لسانی مکبی رباط۔ ۵۔ بطینی بند۔ ۶۔ عظم لامی کا قرن اعظم۔ ۷۔ صوتی حبل۔ ۸۔ قصبہ۔ ۹۔ بلعومی حنجرہ کی جانبی دیوار۔ ۱۰۔ سبوچی مکبی شکن۔ ۱۱۔ رسبرگ کی غضروف۔ ۱۲۔ صوتی زائدہ۔ ۱۳۔ ناشپاتی نما جوف۔ ۱۴۔ سنٹورینی کی غضروف۔ ۱۵۔ بین سبوچی شکن۔

حنجرہ بین سے مندرجۂ ذیل حصے شناخت کئے جا سکتے ہیں (شکل ۵۲)۔ زبان کا قاعدہ اور لسانی مکبی شکن (glosso-epiglottic folds)، حنجرہ کا فوقانی روزن جس کے سامنے مکبی ہوتا ہے، مکبی کی گدی، طرفین پر سبوچی مکبی شکن (aryteno-epiglottidean folds) [جنہیں دو مستدیر فرازات ہوتے ہیں جو قرینوں (cornicula) اور فانہ شکل (cuneiform) غضروفوں کے متناظر ہوتے ہیں] اور پیچھے کی طرف غشائے مخاطی کا سبوچی حلقہ (arytenoid commissure)۔ نیچے کی طرف اور گہرا دیکھنے سے صادق اور کاذب صوتی احبال، بطین، حنجرہ کی مقدم دیوار،

حلقئی غضروف کا تھوڑا سا حصہ اور قصبہ کی مقدم دیوار کا کم و بیش حصہ نظر آتا ہے ۔ اگر مزمار (glottis) بہت مکمل طور پر متسع ہو تو دونوں شعبتوں کے فتحے بھی دھندلے سے دکھائی دیتے ہیں۔

درقی اور حلقئی غضروفات اور سبوچی غضروف کا بہت سا حصہ ساخت میں ضلعی غضروفوں کی طرح زجاجی ہوتا ہے ۔ موخرالذکر کی طرح پیرانہ سالی میں انکے کم و بیش متعظم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے ۔ درقی اور حلقئی غضروفوں میں تعظم تقریباً ۲۰ سال کی عمر پر شروع ہوتا ہے اور ہر ایک غضروف میں یہ عمل حلقئی درقی جوڑ کے قرب و جوار میں شروع ہوتا ہے ۔ سبوچی (arytenoid) بعد میں متعظم ہوتی ہے ۔ حنجری غضروفوں کا تعظم مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے ۔ زیادہ کلاں غضروفوں کے چوٹ مثلاً ضربوں یا گلا گھٹنے وغیرہ سے مکسور ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے ۔ درقی غضروف نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے اور عام طور پر خط وسطی پر ہی ٹوٹتی ہے ۔ درقی غضروف کا موخر فوقانی زاویہ ناشپاتی نما حفرہ (pyriform fossa) کے محل کو ظاہر کرتا ہے ۔ یہ ایک عریض گوشہ ہے جو سبوچی لکمی شکنوں (aryteno-epiglottic
211 folds) سے اوپر اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے (شکل ۵۲) ۔ اس حفرہ میں اجسام غریبہ اٹک جاتے ہیں اور سرطان عام طور پر واقع ہوتا ہے ۔

فتحۃ المزمار (rima glottidis) ایک روزن ہے جو صادق صوتی احبال اور سبوچی غضروفوں کے صوتی زائدہ کے (جنکے موخر حصہ پر احبال چسپیدہ ہوتے ہیں) درمیان ہوتا ہے ۔ ان احبال کا طول زائدوں سے دگنا ہوتا ہے ۔ اور چونکہ یہ لچکدار بافت سے مرکب ہوتے ہیں ۔ جو مطبق سرحلمہ کے نیچے سے آشکار ہوتی ہے اسلئے انکی رنگت زردی مائل رمادی ہوتی ہے ۔ ان احبال کا اساس جو اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے حلقئی درقی غشا کا ہی پھیلاؤ ہوتا ہے جو اوپر کی طرف کو
212 چلا جاتا ہے ۔ فتحۃ المزمار حنجرہ کی اندرونی جانب کا تنگ ترین حصہ ہے ۔ اور اجسام غریبہ کے داخل ہونے اور اوزاروں کے گزارنے کے سلسلہ میں اسکے ابعاد سے واقف ہونا مناسب ہے ۔ بالغ مرد میں فتحۃ المزمار کی پیمائش آگے سے پیچھے تک تقریباً ۱ انچ (۲۳ ملی میٹر) ہوتی ہے ۔ ایک جانب سے دوسری جانب تک کا عریض ترین حصہ طول کا تقریباً ایک تہائی ہوتا ہے ۔ انتہائی اتساع کی حالتیں یہ قطر بڑھ کر طول کے نصف تک پہنچ جاتا ہے ۔ عورت میں اور سن بلوغ سے پیشتر مرد میں مقدم

موخر قطر ۱ ملی میٹر ہوتا ہے۔ دوران تنفس میں فتحۃ المزمار عضلہ حلقیہ سبوچیہ موخرہ (crico-anytenoideus posticus) کے فعل سے خوب کشادہ ہوجاتا ہے اور دوران تکلم میں صوتی احبال میں عضلہ حلقیہ سبوچیہ جانبی (crico-arytenoideus lateralis) کے فعل سے مقاربت پیدا ہوجاتی ہے۔

حنجرہ کی غشائے مخاطی کی بازت اور اسکی زیر مخاطی بافت کی مقدار مختلف حصوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل حصوں میں یہ غشا دبیز ترین ہوتی ہے اور زیر مخاطی بافت نہایت کثیر المقدار ہوتی ہے اور انکو اسی مقدار کے لحاظ سے ترتیب دیگئی ہے۔ سبوچی لکبی شکن (aryteno-epiglottidean folds)، بطین (ventricle) کی غشائے مخاطی، بطینی شکن (کاذب صوتی احبال) اور لکبی کا حنجری رخ۔ یہی حصے ہیں جو حاد التہاب حنجرہ میں نہایت ممتلی اور متورم ہوجاتے ہیں۔ اور جو خطرناک حالت مزمار (glottis) کے تہیج کے نام سے موسوم ہے، اسکا زیادہ تر انحصار اس ڈھیلی ڈھالی بافت میں انصباب کے نمودار ہوجانے پر ہوتا ہے جو سبوچی لکبی شکنوں میں پائی جاتی ہے۔ سبوچی لکبی شکنوں کی غشائے مخاطی کے ڈھیلا ہونے کی وجہ سے سبوچی (arytenoid) غضروفوں میں آزادانہ حرکت واقع ہوسکتی ہے اور حنجرہ کا بالائی روزن مکمل طور پر بند ہوسکتا ہے۔ یہ غشائے مخاطی صادق صوتی احبال سے مضبوطی سے پیوستہ ہوتی ہے اور مطبق سرحلمہ سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور حنجرہ کے بقیہ حصہ کا استر قصبہ کی طرح ہدبہ دار سرحلمہ سے بنا ہوتا ہے۔ پوشش کی نوعیت اور اسکے رگڑ کے لئے معرا رہنے کی وجہ سے صادق صوتی احبال سرطان کا غیر معمولی محل نہیں۔

حنجرہ کا استیصال۔ خط وسطی پر شگاف دینے سے سالم حنجرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اس شگاف میں عضلہ منتشرہ (platysma)، ردا اور مقدم وداجی رید (anterior jugular vein) کاٹ دیجاتی ہے۔ حنجرہ اپنے علاقہ جات سے علیحدہ کرلیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل ساختیں
213 کاٹی جاتی ہیں۔ قصبیہ درقیہ (sterno-thyroid)، درقیہ لامیہ (thyro-hyoid)، ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus)، حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) اور تحتانی مضیق عضلات، فوقانی اور تحتانی درقی (thyroid) شریانوں کی حنجری شاخیں، فوقانی اور تحتانی حنجری اعصاب، لامی لکبی (hyo-epiglottic) اور لسانی لکبی (glosso-epiglottic) رباطات۔ اسکے بعد حنجرہ قصبہ سے علیحدہ کرلیا جاتا ہے اور نیچے سے بذریعہ تقطیع کاٹ دیا جاتا ہے۔ مری اور بلعوم کو علیحدہ

کرتے وقت قبل الذکر نالی میں سوراخ ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

حنجرہ میں سے بالیدیں **درقیہ شگافی** (thyrotomy) کے عملیہ سے دور کیجا سکتی ہیں۔ درقیہ کے جناحین کو خط وسطی پر علیحدہ کرکے ایک دوسرے سے دور ہٹا دیا جاتا ہے اور اسطرح حنجرہ کی اندرونی جانب معرا کرلیجاتی ہے۔ ۴۵ سال سے اوپر کے مریضوں میں یہ غضروف خط وسطی پر متعظم ہوجاتی ہے اور اسے باریک آری سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صوتی احبال خط وسطی کی ہر ایک جانب پر درقی غضروف کے مقدم کنارہ کے نقطۂ وسطی کے قریب چپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے عین اوپر بطینی شکن یا کاذب صوتی احبال اور ملبی کی ڈنڈی ثبت ہوتی ہے۔

اجسام غریبہ اب درقیہ شگافی (thyrotomy) کی نسبت عام طور پر شعبہ بین نلیوں (bronchoscopic tubes) سے نکالے جاتے ہیں۔

حنجرہ کے بالائی نصف کے **لمفی عروق** فوقانی حنجری عروق کی متابعت کرتے ہیں اور بالائی عمقی عنقی غدد سے ملجاتے ہیں۔ ایک چھوٹا سا لمفی غدہ جو ثانوی سرطانی مطروح کا پہلا محل ہوتا ہے لامی ہڈی کے قرن کے نیچے درقی لامی (thyro-hyoid) غشا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۵۵)۔ حنجرہ کے زیرین نصف کے عروق لمف تحتانی درقی عروق کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور اُن عروق لمف میں سے گزرتے ہیں جو قصبہ کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔

قصبہ شگافی (tracheotomy) اور حنجرہ شگافی (laryngotomy)۔

قصبہ کا طول تقریباً ۴½ انچ ہوتا ہے اور اسکا زیادہ سے زیادہ عرض ¾ تا ۱ انچ ہوتا ہے۔ اسکے اردگرد بہت ہی ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت ہوتی ہے، جسکی وجہ سے نالی میں معتدبہ حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ قصبہ کی حرکت پذیری بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اور قصبہ شگافی کی دقتوں میں اس سے اضافہ ہوجاتا ہے۔ اس طریق کار میں قصبہ کو غدہ درقیہ کی خاکنائے سے اوپر یا اسکے نیچے یا اسکے اندر سے خط وسطی میں دو تین حلقے کاٹ کر کھولا جاتا ہے۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتی ہے سطح سے دور ہوتی جاتی ہے اور اہم تر ساختوں سے تعلق پیدا کرتی جاتی ہے۔ اس لئے اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو یہ ظاہر ہے کہ عملیہ جتنا اوپر سرانجام دیا جائے اتنا ہی بہتر ہوگا۔

14

قصبہ کا طول گردن میں اتنا زیادہ نہیں ہوتا جیسا کہ بعض اوقات پہلے پہل معلوم ہوتا ہے۔ اور قص سے اوپر عام طور سے سات یا آٹھ سے زیادہ قصبی حلقے (جنکی کل تعداد سولہ سے بیس تک ہوتی ہے) نہیں پائے جاتے۔ حلقئی غضروف اور قصی کٹاؤ کا درمیانی فاصلہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اسکا انحصار گردن کے طول، مریض کی عمر اور سر کی وضع پر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں جبکہ سر عمود فقری پر آسانی سے ٹکا ہوا ہو قص سے عین اوپر قصبہ کا ۲ انچ حصہ معرا کر لیا جائے تو سر کی مکمل بسط کردگی کی حالت میں قصبہ کا $\frac{3}{4}$ انچ حصہ اوپر کی طرف گردن میں کھینچ آئے گا۔ ٹلو (Tillaux) کے مطابق بالغ میں حلقئی غضروف اور قص کا تمام درمیانی فاصلہ اوسط میں تقریباً ۲$\frac{3}{4}$ انچ (۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۳ اور ۵ سال کے درمیان کی عمر کے بچہ میں یہ کل فاصلہ تقریباً ۱$\frac{1}{2}$ انچ (۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۶ اور ۷ سال کے درمیان کی عمر کے بچہ میں یہ تقریباً ۲ انچ (۵ سنٹی میٹر) ہوتا ہے اور ۱۰ اور ۸ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۲$\frac{1}{4}$ انچ (۶ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ تراش پر قصبہ کے ابعاد بہت اختلاف پذیر دکھائی دیتے ہیں، حتیٰ کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں یہ مختلف ہوتے ہیں۔ گوئرسینٹ (Guersant) یہ بیان کرتا ہے کہ بالغوں کے لیئے قصبہ شگافی کی نلیوں کا قطر ۱۲ ملی میٹر سے ۱۵ ملی میٹر تک ہونا چاہیئے۔ اور ۱۸ مہینہ سے کم عمر بچوں کے لیئے انکا قطر تقریباً ۴ ملی میٹر[1] ہونا چاہیئے۔

قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عملیہ سرانجام دیتے وقت یہ ضروری ہے کہ سر جسقدر ممکن ہو سکے پیچھے کی طرف کو گرا دیا جائے اور ٹھوڑی کو قصی کٹاؤ کی عین سیدھ میں رکھا جائے تاکہ گردن کے خط وسطی کے تعلقات مصئون رہیں۔ سر کی مکمل بسط کردگی سے جراح کو عملیہ کے لیئے نہ صرف زیادہ گنجائش ہی ملجاتی ہے، بلکہ قصبہ بھی سطح سے قریب تر ہو جاتی ہے! ور نلی کو تاننے سے یہ بہت کم 215
حرکت پذیر ہو جاتی ہے۔

گردن کے خط وسطی میں قصبہ پر حلقئی غضروف سے قص تک شگاف دیتے وقت مندرجہ ذیل حصے سامنے آتے ہیں:۔ جلد کے نیچے مقدم وداجی وریدیں پائی جاتی ہیں۔ یہ وریدیں قاعدۃً خط وسطی کی دونوں جانب پر کچھ فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں اور سوائے ایک بڑی مستعرض ورید کے جو میانی وجہی فضا میں قص کے بالائی کنارہ پر واقع ہوتی ہے کسی اور ذریعہ سے مربوط نہیں ہوتیں بعض اوقات

[1] طالب علم کو اس امر کی یاددہانی کیجاتی ہے کہ ۱۲ء۵ ملی میٹر = $\frac{1}{2}$ انچ اور اسلیئے ۴ ملی میٹر = تقریباً $\frac{1}{6}$ انچ۔

قصبہ شگافی کے رقبہ کے عین سامنے بہت سی رابط شاخیں موجود ہوتی ہیں، یا قصبہ کے سامنے وریدیں سے تقریباً ایک ضفیرہ بنجاتا ہے، یا ایک ہی ورید ہوتی ہے جو خط وسطی کا تتبع کرتی ہے۔ اسکے بعد عنقی رداملتی ہے جیسیں عضلات قصبیہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قصبیہ درقیہ (sterno-thyroid) بند ہوتے ہیں۔ طرفین کے عضلات کے درمیان کا فرجہ معیّن نما ہوتا ہے اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ قصبہ کو عضلی ریشوں کو تقسیم کرنے کے بغیر ہی معرا کیا جاسکتا ہے۔ درقی غدہ کی خاکنائے بالعموم قصبہ کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔ بعض اوقات اس سے اوپر اور فوقانی درقی وریدوں کے درمیان ایک مستعرض ربطی شاخ پائی جاتی ہے۔ خاکنائے کے اوپر ایک وریدی ضفیرہ پایا جاتا ہے جسمیں سے تحتانی درقی وریدیں نکلتی ہیں، اور خاکنائے کے نیچے یہ وریدیں قصبہ کے سامنے زیریں درقی شریان (thyroidea ima artery) کے ساتھ پائی جاتی ہیں (جبکہ یہ شریان موجود ہوتی ہے)۔ تحتانی درقی ورید بعض اوقات ایک واحد تنے کی شکل میں پائی جاتی ہے جو خط وسطی پر واقع ہوتا ہے۔ شیرخوار بچہ میں دو سال کی عمر سے پہلے پہلے غدہ تیموسیہ (thymus) قصبہ کے سامنے ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ گردن کی عین جڑ پر قصبہ کو لا اسمی (innominate) اور بائیں سباتی (left carotid) شریانیں اور بائیں لا اسمی ورید عبور کرتی ہیں اور آخرکار فوقانی درقی شریان کی غیر طبعی شاخیں بھی بعض اوقات ہوا کی نالی کے بالائی حلقوں کو عبور کرتی ہیں۔

غدۂ درقی کی خاکنائے کے زخمی ہونے کے خطرہ کے سلسلہ میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ قصبہ شگافی سرانجام دیتے وقت یہ بغیر کسی زحمت کے پیش آنے کے کاٹی جاسکتی ہے۔ دوسری وسطی سیونوں کی طرح غدہ درقیہ کی خاکنائے کے خطِ وسطی کی عروقیت بھی نسبتاً کم ہوتی ہے، گو اس میں سے 216
خون اسقدر بہتا ہے کہ حابس الدم چمٹیوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دکھایا جاچکا ہے کہ غدہ درقیہ کی ایک جانب دوسری جانب سے محض جزوی طور پر ہی مشروب کیجاسکتی ہے (یعنی ایسے اشراب سے جو خاکنائے کو عبور کرے)۔ شیرخوار بچوں میں قصبہ شگافی کی دقت کا انحصار گردن کے چھوٹا ہونے، زیر جلدی شحم کی مقدار، قصبہ کے گہرا واقع ہونے، اسکی جسامت کی چھوٹائی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری اور دبانے سے اسکے باآسانی مھبوط ہوسکنے پر ہوتا ہے۔ اگر انگلی سرسری طور پر داخل کیجائے تو شیرخوار بچہ کی قصبہ کی طرف سے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی۔ اسکی حرکت پذیری اس قسم کی ہوتی ہے کہ بے احتیاطی سے یہ باآسانی ایک طرف کو ٹل سکتی ہے اور اس لیے ناتجربہ کار عملیہ کن جلدی میں جو بعض اوقات لازم ہوتی ہے مری یا فقری ستون کو بھی چھیلنے لگتا ہے۔ مزید برآں بچہ میں

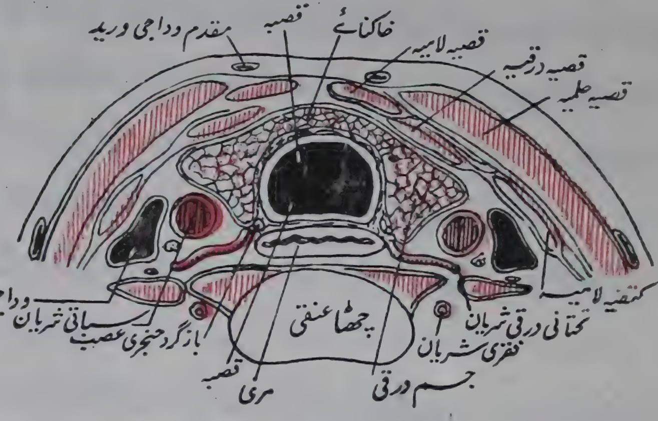
بالغ کے مقابلہ میں بڑے بڑے عروق قصبہ کو زیادہ بلند لیول پر عبور کرتے ہیں۔ اور ایسے غدہ تیموسیہ سے بھی جو نامناسب طور پر نمایاں ہو کسیقدر دقت پیدا ہوتی ہے۔ ایک واقعہ میں ایک شیرخوار بچہ میں قصبہ شگافی کی نلی کے سرے سے جسکا دباؤ قصبہ کے سامنے کے رخ پر پڑتا تھا ایک قرحہ پیدا ہوگیا تھا جو لا اسمی شریان میں گھس گیا تھا (**برٹش میڈیکل جرنل** ۱۸۸۳ء) - نلکی (cannula) داخل کرتے وقت اگر قصبی زخم گم ہو جائے تو یہ بآسانی عنقی ردا کے نیچے کی ڈھیلی ڈھالی بافت میں گھس جاتی ہے اور خیال یہی ہوتا ہے کہ یہ ہوا کی نلی ہی میں ہے۔

حنجرہ شگافی (laryngotomy) میں ہوائی گذرگاہ کو حلقئی درقی (crico-thyroid) غشا میں ایک مستعرض شگاف دیکر کھولا جاتا ہے۔ حلقئی درقی غشا کی انتصابی بلندی بخوبی نمو یافتہ بالغ موضوعات میں تقریباً ½ انچ ہی ہوتی ہے۔ اور بچوں میں یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اسمیں سے نلکی داخل نہیں کیجا سکتی۔ حلقئی درقی شریانیں اس فضا کو حلقئی غضروف سے عین اوپر عبور کرتی ہیں۔ اور انکو کاٹنے سے احتراز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ انکی جسامت عام طور پر بہت ہی غیر اہم ہوتی ہے اور یہ کوئی تکلیف نہیں دیتیں۔ مگر گاہے گاہے یہ عروق عظیم الجسامت بھی ہوتے ہیں اور "ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جنمیں ان عروق سے خطرناک نزف ہی نہیں بلکہ مہلک نزف بھی
واقع ہو چکا ہے" (ڈرہیم Durham) - جب نلکی داخل کیجاتی ہے تو یہ قصبہ میں جانے کی بجائے 217
پھسل کر حلقئی درقی غشا اور مخاطی استر کے درمیان بآسانی چلی جاتی ہے۔ چونکہ حلقئی درقی غشا اوپر کی طرف صوتی احبال سے تسلسل رکھتی ہے اسلئے یہ مناسب ہے کہ اسمیں سے جو شگاف دیا جائے وہ درقی کی بجائے حلقئی کے زیادہ نزدیک ہو ورنہ احبال کے ڈھیلے ہو جانے اور آواز میں تغیر آجانے کا امکان ہوتا ہے۔

اجسام غریبہ اکثر دوران تنفس میں سانس کے ساتھ اندر چلے جاتے ہیں۔ اور حنجرہ کے فوقانی روزن یا فتحۃ المزمار (rima) میں اٹک سکتے ہیں۔ یا یہ بطین (ventricle) میں چلے جاتے ہیں۔ یا قصبہ میں پھنس جاتے ہیں اور یا کسی شعبہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ شعبہ میں داخل ہونے والا جسم غریب عام طور پر دائیں شعبہ ہی کا انتخاب کرتا ہے کیونکہ اسکا روزن بائیں نلی کے روزن کی نسبت قصبہ کے مرکز کی زیادہ سیدھ میں ہوتا ہے۔ سانس کے ساتھ درکشیدہ اجسام غریبہ کے خطرہ کا انحصار اتنا اس میکانی انسداد پر نہیں ہوتا جو ان سے پیدا ہوتا ہے، جتنا کہ یہ مزمار کے اس تشنج پر ہوتا ہے جسکو یہ اجسام معکوس خراش سے پیدا کرتے ہیں۔ مگر بعض اوقات جسم غریب بطین (ventricle)

میں زیادہ تکلیف دینے کے بغیر ہی کچھ عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔

درقی جسم (thyroid body)۔ اس جسم کا ہر ایک لختہ اپنے اپنے عظیم ترین حصہ پر ۲ انچ لمبا، $1\frac{1}{4}$ انچ چوڑا اور $\frac{3}{4}$ انچ موٹا ہونا چاہیے۔ جب درقی غدہ ان پیمائشوں سے واضح طور پر
218 متجاوز ہو تو اسے کلانی یافتہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ اسکا وزن عام طور پر ۱ اور ۲ اونس کے درمیان ہوتا ہے۔ اسکی تینوں سطحوں میں سے (شکل ۵۳) مقدم سطح تحتانی لامی عضلات سے ڈھکی ہوتی ہے۔



شکل ۵۳۔ ارتسامی تراش جو درقی جسم کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

اور اندرونی سطح حنجرہ اور قصبہ پر متمکن ہوتی ہے اور بیرونی یا موخر سطح سباتی غلاف کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اسکے نمایاں موخر کنارہ کا زیرین حصہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اور مری سے مس کرتا ہے۔ ہر ایک لختہ درقی غضروف کے تقریباً وسط سے لیکر قصبہ کے چھٹے حلقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور دایاں لختہ بائیں کی نسبت بالعموم بڑا ہوتا ہے۔ ان امور کے ساتھ ہی یہ بھی معلوم کر لینا چاہیے کہ درقی کلانیاں (گھینگا) عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں! ور ہر حالت میں پہلے پہل انکے زیادہ تر دائیں جانب پر دیکھے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ خاکنائے (isthmus) قصبہ اور حنجرہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اسلئے نگلنے کے دوران میں یہ اوپر نیچے حرکت کرتی ہے۔ اور یہ امر گھینگے کے

دوسرے عنقی سلعات سے تشخیص کرنے میں نہایت ہی عظیم الاہمیت ہے۔ عنقی ردا کا ایک مضبوط زائدہ (بیری :Berry کا تعلیقی رباط) اس غدہ کو حلقئی غضروف کی ہر ایک جانب سے باندھ دیتا ہے، اور قبل اسکے کہ اسکا مکمل طور پر علیحدہ کرنا ممکن ہو اسے کاٹنا پڑتا ہے۔ جب غدہ درقیہ کلانی یافتہ ہوجاتا ہے تو یہ جانبین پر قصبہ میں بدشکلی پیدا کر دیتا ہے اور اسے تنگ کر دیتا ہے۔ جس سے "نیام" (scabbard) کا سا منظر پیدا ہوجاتا ہے۔ اور جب کلانی سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو اس حالت کے رونما ہونے کا اور زیادہ امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا جسم قصی لامی (sterno-hyoid) قصی درقی (sterno-thyroid) اور کتفی لامی (omo-hyoid) عضلات سے اپنی جگہ پر جما رہتا ہے۔ درقی جسم کی موخر یا بیرونی سطح بڑے بڑے عروق کے غلاف کے ساتھ مس کرتی ہے، اس لئے جب یہ غدہ کلانی یافتہ ہوجاتا ہے تو اس میں سے ان عروق کے نبضانات بآسانی منتقل ہوتے رہتے ہیں (شکل ۵۳)۔ مزید برآں پیچھے کی طرف یہ عام طور پر بلعوم کے زیرین حصہ اور مری کے بالائی حصہ کو مس کرتا ہے۔ اور اس رخ میں جو کلانیاں واقع ہوتی ہیں ان سے اور نیز اس مداخلت سے جو ابتلاع میں حنجرہ کی حرکت میں واقع ہوتی ہے اس تکلیف کی توجیہ ہو سکتی ہے جو نگلنے کے دوران میں گھینگے میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔ 219

درقی غدہ کی خاکنائے اس عطفہ سے نمو پاتی ہے جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے زبان کے جانوی اور لامی حصوں کے درمیان سے بروز کرتا ہے (شکل ۵۶ صفحہ 231) زبان کا سوراخ اعور (foramen cæcum) اس نقطہ کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے یہ عطفہ بلعوم سے پیدا ہوا تھا۔ اس سوراخ سے بعض اوقات ایک قنات نکلتی ہوئی پائی جاتی ہے (درقی لسانی:thyro-glossal) جو عظم لامی کے قریب کے معین غدی تودوں کو جاتی ہے۔ اس ہڈی کے قرب وجوار میں معین غدے اور چھوٹے چھوٹے دویرے جن کا استر سر حلمہ سے بنا ہوتا ہے اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ غدے معہ نام نہاد ہرم یا وسطی لختہ کے اِس ابتدائی عطفہ کی گردن کا ماںقی ہوتے ہیں۔ عظم لامی کے لیول کے نیچے وسطی غنچہ (median bud) تقسیم ہوجاتا ہے۔ اس لئے ہرمی لختہ دائیں یا بائیں قسمت کا قائم مقام ہوتا ہے اور کبھی خط وسطی میں واقع نہیں ہوتا۔ ہرم (pyramid). جو عضلہ رافعہ درقیہ (levator thyroideæ) کے ذریعہ سے عظم لامی کے ساتھ تقریباً ہمیشہ ملا ہوتا ہے امتحان کردہ موضوعات میں سے ۷۰ فیصدی میں موجود ہوتا ہے (سٹریکیسن: Streckeisen)۔ جانبی لختے چوتھی حشائی درزوں سے نمو پاتے ہیں (شکل ۵۶)۔ وسطی عطفہ گاہے گاہے جانبی درزوں میں سے

ایک کے ساتھ متحد ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے۔ اس حالت میں خاکنائے کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے۔
چھوٹے چھوٹے معین درقی اجسام اکثر موجود ہوتے ہیں۔
غدہ درقیہ کے ذبول سے یا مرض سے اس کے تباہ ہونے سے جسم کا ایک عمومی عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جو **مخاطی اذیما** (myxœdema) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عارضہ قمائت (cretinism) سے خاصکر جہانتک اس کے گھینگے کے مریضوں میں پائے جانے کا تعلق ہے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مخاطی اذیما (myxœdema) عملیہ سے تمام غدہ کا استیصال کر دینے کے بعد نمودار ہوتا ہے، اور یہ بندروں میں غدہ کے تجربی ازالہ سے پیدا کیا جا چکا ہے۔ مخاطی اذیما (myxœdema) کا ایک نمایاں خاصہ زیر جلدی بافتوں کا ورم ہے جو زیر جلدی بافتوں میں ایک مخاطین نما جسم کے اجتماع سے پیدا ہوتا ہے۔

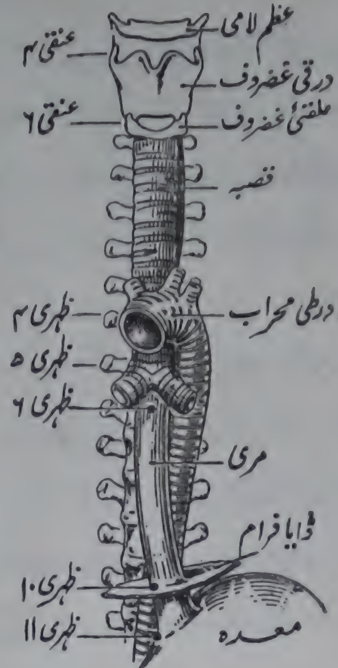
220 **عرق حرکی اعصاب** درقیہ تک عنقی مشارکی سلسلہ کے زیرین حصہ کے راستہ سے پہنچتے ہیں، اور اسی راستہ سے اعصاب اوپر کی طرف کو آنکھ تک جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 68)۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعصاب مرکزی طور پر غالباً نخاع مستطیل سے تعلق رکھتے ہیں کیونکہ بعض حالتوں میں درقیہ کی کلانی کے ساتھ آنکھ کا بروز بھی پایا جاتا ہے (جحوظی گھینگا: exophthalmic goitre)۔ ایشر (Asher) اور فلیک (Flack) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جسم درقی کے اندرونی افراز میں حنجری اعصاب کے ہیجان سے زیادتی پیدا کیجا سکتی ہے۔

غدہ درقیہ کے **عروق لمف** کثیر التعداد ہیں، اور یہ عمیق عنقی اور فوقانی منصفی (superior mediastinal) لمفی غدد کو جاتے ہیں۔

عرقی رسد۔ فوقانی درقی شریان غدہ میں جانبی لخته کے راس پر پہنچتی ہے، اور زیادہ تر اسکی مقدم سطح پر منقسم ہوتی ہے۔ تحتانی درقی شریان اس لخته کے زیرین حصہ میں اسکی موخر جانب پر داخل ہوتی ہے۔ غدہ کے استیصال میں اس عرق کو باندھتے اور غدہ کے زیرین حصہ کو چھڑاتے وقت بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) کو ضرر پہنچنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اگر یہ کٹ جائے یا بندش میں آجائے تو حنجرہ کے وہ جملہ عضلات جو اس طرف ہوتے ہیں، سوائے عضلہ حلقیہ درقیہ (crico-thyroid) کے مشلول ہو جاتے ہیں۔ زیرترین درقی شریان (thyroidea ima artery) جو جسم درقی کیلئے ایک زائد عرق ہوتا ہے اور جو عام طور پر لا اسمی (innominate)

سے پیدا ہوتی ہے اور قصبہ کی اگلی جانب پر اوپر کی طرف کو جاتی ہے ہر دس موضوعات میں سے ایک میں پائی جاتی ہے۔

نزد درقیئے (parathyroids) چھوٹے چھوٹے بیضہ نما اور جلی ہوئی مٹی (terra-
221 cotta) کی رنگت کے اجسام ہوتے ہیں، جنکی جسامت مٹر کے چھوٹے چھوٹے دانوں کے برابر ہوتی ہے۔ انکے ترکیبی خلیات عظیم الجسامت اور کثیر الاضلاع ہوتے ہیں اور انکا خلیہ مایہ ائیوسین (eosine) سے سہل التوشیہ ہوتا ہے اور یہ شبکہ عمائد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ تمام یا اکثر نزد درقیوں کو دور کر دینے یا انکو ضرر پہنچنے سے تکزز پیدا ہو جاتا ہے، اور کیلسیئم کے تحول میں نقائص پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ ہر ایک طرف بالعموم دو ہوتے ہیں۔ ایک جسم درقی کے جانبی لختہ کے زیریں قطب کے پیچھے اور دوسرا تحتانی درقی (inferior thyroid) کی انتہائی شاخوں کے بیچ میں۔ فارستھ (Forsyth) کا یہ بیان ہے کہ جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے انکی جسامت گھٹتی جاتی ہے۔



شکل ۴۵۔ مری اور اسکے تعلقات۔

مری (œsophagus) **یا غذا کی نلی** (gullet) (شکل ۴۵) چھٹے عنقی فقرہ کے مقابل یعنی حلقئ غضروف (cricoid cartilage) کے زیریں کنارے کے پیچھے شروع ہوتی ہے۔ اور ڈایافرام کو دسویں ظہری فقرہ کے مقابل منثقب کرتی ہے۔ اس مقام کی نشان دہی کمر پر نویں ظہری فقرہ کے منزاکب شوکہ سے ہوتی ہے۔ اس شوکہ کے ذرا بائیں طرف مسماع الصدر رکھکر سیال معدہ میں داخل ہوتا ہوا سنا جا سکتا ہے۔

چھوٹے سے زیر ڈایافرامی حصہ کے بعد جو تقریباً ½ انچ کے قریب ہوتا ہے، یہ معدہ میں گیارھویں ظہری فقرہ کے تقریباً بالائی حصہ کے لیول پر کھلجاتی ہے۔ غذا کی نالی میں تین خم ہوتے ہیں۔ ایک مقدم موخر جو شوکی عمود کا متناظر ہوتا ہے، اور دوسرے دو جانبی ہوتے ہیں۔ خط وسطی پر سے

یہ شروع ہوتی ہے، اور گردن کی جڑ تک بائیں جانب کو ذرا سی منحرف ہو جاتی ہے۔ پھر یہاں سے پانچویں ظہری فقرہ تک یہ خط وسطی تک بتدریج واپس آجاتی ہے! اور انجام کار یہ پھر بائیں طرف کو مڑ جاتی ہے، اور ساتھ ہی ڈایافرام کو منثقب کر کے نیچے لئے آگے کی طرف کو بڑھتی ہے۔ باوجود ان نحناؤں کے ماہرین استوار اور سیدھی معدہ بین منہ سے معدہ تک گذار سکتے ہیں۔ اسکی لمبائی ۹ سے ۱۰ انچ تک ہوتی ہے۔ غذا کی نلی میں تین تنگ حصے ہوتے ہیں۔ ایک اسکی ابتدا پر ہوتا ہے، اور ایک وہاں ہوتا ہے جہاں بایاں شعبہ اسکو عبور کرتا ہے، اور تیسرا وہاں ہوتا ہے جہاں یہ ڈایافرام میں سے گزرتی ہے۔ انہی تین تنگ مقامات پر اجسام غریبہ کے اٹکنے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے اور آکل اشیا
222
کے نگلنے سے یہیں تضیقات نمودار ہوتے ہیں، اور سرطان کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان بھی یہیں ہوتا ہے۔ بوجی (bougie) گذارتے وقت یہ مقامات سامنے کے دانتوں سے ۶ انچ، ۱۱ انچ اور ۱۷ انچ کے فاصلہ پر پائے جاتے ہیں۔ جیسا کہ طعام بیریم سلفیٹ (barium sulphate meal) کے کھلانے کے بعد شعاعی ترسیم میں دیکھا جاتا ہے، پہلا بھچاؤ چھٹے عنقی فقرہ کے سایہ کے مقابل اور دوسرا چھٹے ظہری فقرہ کے سایہ کے مقابل اور تیسرا دسویں ظہری فقرہ کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ مری کی ابتدا اور انتہا پر تنگی پائے جانے کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات کا عضلی نظام عاصری نوعیت کا ہوتا ہے۔ اور غذا گذارنے کے وقت کے علاوہ ان مقامات پر درونہ بند رہتا ہے۔ بعض حالتوں کے زیر اثر مری کے نیچے کے سرے کے عاصرہ میں تشنج کی حالت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے اجتماع غذا کے باعث مری میں اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ مری کے کھلا ہونے کی حالت میں ان مقامات میں سے ہر ایک کا قطر ½ انچ (۱۴ ملی میٹر) سے ذرا زائد ہوتا ہے اور باقی مقامات پر تقریباً ¾ انچ (۱۷ تا ۲۱ ملی میٹر) ہوتا ہے۔ زور سے اتساع کرنے سے اوپر کے دونوں تنگ حصے ۱۸ تا ۱۹ ملی میٹر تک اور نیچے کا حصہ ۲۵ ملی میٹر تک اور باقی غذا کی نالی تقریباً ۱½ انچ (۳۵ ملی میٹر) کے قطر تک متسع کیجا سکتی ہے۔

مری کے **علاقہ جات** میں سے مندرجہ ذیل امور کی مثالیں جراحی مزاولت میں دیکھنے میں آتی ہیں:۔ غذا کی نلی تقریباً تمام ممر میں فقری عمود کی سامنے کی طرف سے قریبی تعلق رکھتی ہے۔ گردن میں قصبہ اسکے عین سامنے ہوتا ہے۔ صدر میں بایاں شعبہ، بائیں شعبتی غدد، گرد قلبہ اور بایاں بطین اسکے سامنے ہوتے ہیں، اور دونوں اعصاب تائیہ (vagi) اسکے اردگرد ایک ضفیرہ بنا دیتے ہیں۔ بائیں شعبتی غدد کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں بعض اوقات غذا کی نلی پر دباؤ ڈالدیتے ہیں، اور بعض اوقات اس سے منضم ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ اسمیں

مختص المقام لینت پیدا کر دیتے ہیں اور عطفات کی پیدائش کا باعث بھی ہوتے ہیں۔صدری قنات (thoracic duct) صدر کے بالائی حصہ میں پیچھے سے گذر کر غذا کی نلی کی بائیں جانب پر آجاتی ہے۔اور
اور نیچے کے حصہ میں اورطہ جو پہلے مری کی بائیں جانب ہوتا ہے ، بتدریج اسکی پچھلی جانب پر پہنچ جاتا 223
ہے۔مزید برآں یہ کسی حد تک دونوں پلوراؤں سے بھی تعلق رکھتی ہے مگر دائیں جانب کی غشا سے اسکا تعلق خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔اخیر میں باز گرد حنجری (recurrent laryngeal) عصب اسکے اور قصبہ کے درمیان اوپر کی طرف کو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ صفحہ 264)۔

مری کی **حسی عصبی رسد** زیادہ تر جبل کے پانچویں ظہری قطعہ سے آتی ہے (ہیڈ Head)۔غذا کی نلی کے سرطان یا احتراقات کی حالت میں درد اس قطعہ کی جلد سے منسوب ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸۵ صفحہ 390)۔

جو **اجسام غریبہ** غذا کی نلی میں پھنس جاتے ہیں ان سے تقرحات کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعض اوقات ہم پہلو حصوں مثلاً اورطہ ، قصبہ یا شعبہ میں کھل جاتے ہیں۔غذا کی نلی کا **سرطان** جب پھیلتا ہے تو ہم پہلو حصوں پر اسکے حملہ آور ہونے اور خاصکر قصبہ یا شعبہ جات میں کھل جانے کا امکان ہوتا ہے۔پلورا تک پھیلنے کی حالت میں یہ بالعموم دائیں پلورا پر اثر انداز ہوتا ہے کیونکہ یہ غشا غذا کی نلی سے زیادہ قریبی تعلق رکھتی ہے۔غذا کی نلی کا سرطان کبھی کبھی اسطرح پھیلتا ہوا بھی دیکھا گیا ہے کہ اس سے جسم درقی گرد قلبہ اور شش ماؤف ہو گئے ہیں۔اور ایک حالت میں بین ضلعی شریان اور دوسری میں دائیں زیر ترقوی (subclavian) کھل گئی تھی۔

مریوی تشوہات (oesophageal malformations)۔نوزائیدہ میں مری کا بالائی حصہ بعض اوقات کورانہ ختم ہو جاتا ہے اور نیچے کا حصہ ایک فتحہ سے شروع ہوتا ہے جو قصبہ کے دو حصوں میں منقسم ہونے کے مقام میں یا اسکے قریب واقع ہوتا ہے۔چنانچہ دودھ پہلے حنجرہ اور قصبہ سے گذر کر ہی معدہ میں جاسکتا ہے۔دم گھٹنے یا عفونتی ذات الریہ سے موت جلدہی واقع ہو جاتی ہے۔یہ حالت اس فاصل کے سوءِ نمو کا نتیجہ ہوتی ہے جو آخر میں قصبہ اور مری کو علاحدہ

کرتا ہے ۔ غشائے مخاطی کے **فشاری عطفات** (pressure diverticula) گاہے
گاہے موخر جانب پر مری اور بلعوم کے مقام اتصال پر مری کے بالائی عاصرہ کے عین اوپر رونما ہوجاتے
ہیں ۔ یہ **بلعومی جیبوں** (pharyngeal pouches) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں ۔
اور عضلہ مضیقہ تحتانیہ (inferior constrictor) کے زیرین کنارہ اور ان عاصری ریشہ جات
کے درمیان بروز کرتے ہیں جو مری کے بلعومی دہنہ کو گھیرے ہوتے ہیں ۔ یہ عطفات اس لئے 224
ملقی غضروف (cricoid cartilage) کے مقابل پیدا ہوتے ہیں ۔ چونکہ جیب کا قعر مری کے
بالائی سرے اور عمود شوکی کے درمیان واقع ہوتا ہے اسلئے جب یہ غذا سے پر ہوتا ہے تو
مری کی ابتدا کو لازمی طور پر مضغوط کر دیتا ہے ۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ زیرین سرے کے قریب
مقدم دیوار سے چھوٹے چھوٹے **جری عطفات** (traction diverticula) پیدا ہوجاتے
ہیں ۔

پھنسے ہوئے اجسام غریبہ بالعموم مری بین (œsophagoscope) میں سے
دور کئے جاتے ہیں ۔ مگر کبھی کبھی جب یہ آلہ حاصل نہیں ہوسکتا **مری شگافی** (œsophagiotomy)
کرنا لازم ہوتا ہے ۔ غذا کی نلی تک عام طور پر بائیں جانب سے رسائی کی جاسکتی ہے کیونکہ یہ اسی طرف
کو زیادہ نکلی ہوئی ہوتی ہے ۔ شگاف عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) اور قصبہ کے درمیان
اسی رخ میں دیا جاتا ہے جیسے مشترک سباتی (common carotid) کے باندھنے کے لئے
دیا جاتا ہے ۔ درقی غضروف کی چوٹی سے لیکر قصی ترقوی مفصل تک کاٹ دیا جاتا ہے ۔ عضلہ
کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) کو یا تو باہر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے یا اسے کاٹ دیا جاتا ہے ۔ بڑے
بڑے عروق ، حنجرہ اور غدہ درقیہ ایک طرف کو کھینچ لئے جاتے ہیں اور اس امر کے متعلق ضرور احتیاط
کرنا چاہئے کہ نہ تو یہ ساختیں زخمی ہوں اور نہ درقی عروق ، صدری قنات (thoracic duct) یا
بازگرد عصب (recurrent nerve) ہی کو نقصان پہنچے ۔ جب غذا کی نلی معرا ہوجاتی ہے تو
اسے انتصابی شگاف سے کھولا جاتا ہے ۔ جب کبھی اس نلی کے عنقی حصہ سے کسی عطفہ یا سرطان کی
علیحدگی مقصود ہو تو اس تک اسی طرح رسائی حاصل کیجاسکتی ہے ۔ صدری حصہ تک بائیں جانب یا
پچھلی طرف سے کئی ایک پسلیاں دور کرنے اور مری تک پلورا کے باہر سے رسائی کرنے سے
پہنچا جاسکتا ہے (للی اینتھل: Lilienthal)۔

بڑے بڑے عنقی عروق۔ بڑے بڑے عنقی عروق کا ممر اور انکے تعلقات اور تشوہات معہ ان عملیہ جات کے جن سے ان پر بندش لگائی جاسکتی ہے اور نیز ان طریقہ ہائے کار کے متعلق ذرا ذرا سی باتیں نہ صرف عملیتی جراحی کی کتابوں میں بلکہ تشریح کی بڑی بڑی نصابی کتابوں میں بھی اس تفصیل سے بیان کیگئی ہیں کہ یہاں اس مضمون کے متعلق کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ سباتی (carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے بڑے بڑے تعلقات شکل ۴۸ صفحہ 197 میں ظاہر کیئے گئے ہیں۔

چونکہ عنقی انصالی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے، اس لیے اس میں انورسما پیدا ہوکر تیزی سے بڑھ سکتے ہیں اور "دباؤ کے علامات" بالعموم جلد ہی پیدا ہوجاتے ہیں۔ انکی مثالیں چہرہ
اور جارحہ اعلیٰ کا نمایاں تہیج اور نیلاپن ہیں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے 225
ہیں، اور حنجری علامات ہیں جو بازگرد عصب (recurrent nerve) یا قصبہ پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں، اور ڈایافرام کا تشنج ہے جو ڈایافرامی (phrenic) عصب پر دباؤ پڑنے سے رونما ہوتا ہے، اور مشارکی کا ضرب، اور دوران سر اور ناقص بصارت ہیں جو دماغ کی عدم تغذیت سے پیدا ہوتے ہیں۔

صرع کے مریضوں میں فقری شریان (vertebral artery) پر بندش لگائی جاچکی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے فائدہ ہوا ہے یا نہیں۔ اسکے اردگرد عرق حرکی اعصاب ہوتے ہیں جو تحتانی عنقی عقدہ سے آتے ہیں اور یہ لازمی طور پر ساتھ ہی بندھ جاتے ہیں۔ اس شریان تک عضلہ قصبیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے عین اوپر شگاف دینے سے رسائی کیجاسکتی ہے (دیکھو شکل ۴۸ صفحہ 197)۔ اسکے بعد "سباتی درنہ" (carotid tubercle) کی تلاش کیجاتی ہے اور عموماً اسکے نیچے عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anterior) اور عضلہ طویلہ عنقیہ (longus colli) کے درمیانی رخنہ میں شریان واقع ہوتی ہے اس طریق کار میں معتدبہ دقتیں پیش آتی ہیں۔

وریدوں میں ہوا کا دخول۔ گردن کی وریدیں تنفسی حرکات کے زیر اثر ہیں۔ انمیں ہبوط واقع نہیں ہوتا کیونکہ یہ اردگرد کی رداؤں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اور اس کی

وریدِ عمقی (external jugular) وداجی خارجی جہاں پائی جاتی ہے جہاں مقام اس پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی وداجی
ایک عمدہ مثال اس مقام پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی وداجی
ردا کو فوق ترقوی فضا میں منثقب کرتی ہے۔ دورانِ شہیق میں یہ عروق کم و بیش طور پر خالی ہو جاتے ہیں اور دورانِ زفیر میں یہ کلانی یافتہ اور نمائُودار ہو جاتے ہیں۔ بہت رک رک کر سانس آنے کی حالت میں انکی جسامت بعض اوقات بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ دوسری وریدیں جو صدر کی امتصاصی قوت کے زیرِ اثر ہیں صرف بغلی ورید اور اسکی بڑی بڑی معاون وریدیں ہیں۔ جب ان عروق میں سے کوئی ایک زخمی ہو جاتا ہے اور زخم ایک لمحہ کے لئے خشک رہتا ہے تو دورانِ شہیق میں ہوا آسانی سے اندر کھچ جاتی ہے اور اس سے دموی عروق شعریہ کی سدادیت پیدا ہو جاتی ہے۔

گردن کی وریدوں کے اندر کے مصاریع۔ زیر ترقوی (subclavian) اور انکی معاون وریدوں میں مصاریع بافراط پائے جاتے ہیں۔ مگر داخلی وداجی (internal jugular) میں صرف ایک جوڑا ہوتا ہے جو اُس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں یہ ورید لااسمی ورید (innominate vein) میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ لااسمی ورید اور فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) میں مصاریع نہیں ہوتے۔ جب صدر میں وریدی دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے جیسا کہ بھاری بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو صرف داخلی وداجی ورید کے نہائی مصراع ہی اس دباؤ کو دماغ میں منتقل ہونے سے روکتے ہیں۔ جن حادثات میں صدر دفعتہً مضغوط ہو گیا ہو انمیں سر اور گردن حادثہ کے بعد کئی دنوں تک نیلے رہتے ہیں (ضربی بے تنفسی : traumatic asphyxia)۔ یہ نیلا پن غالباً وداجی مصراعوں کے کمزور ہو کر راستہ دے دینے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس لیے سر اور گردن کے عروق شعریہ پر اس سے زیادہ دباؤ پڑ جاتا ہے جتنا کہ وہ برداشت کر سکتے ہیں۔

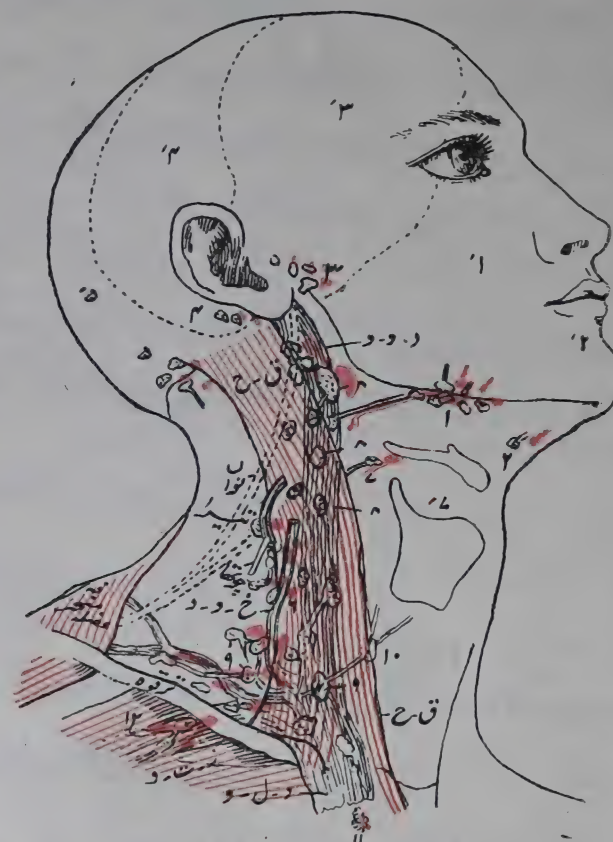
جبل مشارکی کا حصۂ عنقی۔ اگر گردن کے کسی عملیہ کے دوران میں جبل مشارکی جو فوقانی، وسطی اور تحتانی عنقی عقدوں کو ملاتا ہے کٹ جائے یا کسی بندش میں شامل ہو جائے تو واضح علامات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو زیادہ تر اسی طرف کی آنکھ اور محجر میں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ جو عصبی ریشہ جات عنبیہ کے موسّع عضلہ، اوپر کے پپوٹے کے غیر مخطط جفنی عضلہ، محجر کے غیر مخطط عضلہ اور چہرہ کے عرقی غدد کو رسد پہنچاتے ہیں اور نیز چہرہ، زبان اور گردن کی

شریانوں کو عرق حرکی شاخیں بھیجتے ہیں وہ جبل شوکی سے پہلے اور دوسرے اعصاب کی مقدم جڑوں
کے ذریعہ سے نکلتے ہیں۔ یہ عنقی جبل تک ان دونوں اعصاب کے سفید فروع میں جاتے ہیں اور جو جبل
غلافِ سباتی کے پیچھے ہوتی ہے یہ اسمیں سے اوپر چڑھتے ہیں۔ پرویز سٹوئرٹ (Purves
Stewart) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے، جسمیں گردن کی دائیں جانب سے تدرنی غدد دور
کرتے وقت جبل ہمشارکی کٹ گئی تھی۔ "دایاں پپوٹا کسیقدر لٹک گیا تھا چہرہ کی دائیں طرف بائیں طرف
کی نسبت کم سرخ ہوتی تھی۔ اور جب وہ چباتی تھی تو دائیں آنکھ کے نیچے ایک چھوٹے سے قطعہ میں پسینہ
حد سے زیادہ آتا تھا۔ دایاں حدقہ موسعِ حدقی (dilator pupillæ) کے شلل کی وجہ سے بائیں
کی نسبت چھوٹا تھا۔ مزید برآں متاثر حدقہ سایہ کرنے پر متسع نہیں ہوتا مگر روشنی کے اثر اور
استدقاق سے فوراً منقبض ہو جاتا ہے .... ہدبی شوکی معکوس (cilio-spinal
reflex) غائب ہو جاتا ہے اور جب گردن کی دائیں طرف کی جلد پر چٹکی بھری جاتی ہے تو حدقہ 227
متسع نہیں ہوتا۔"

سر اور گردن کے لمفی غدد کثیر التعداد ہیں اور مندرجہ ذیل گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں (شکل ۵۵):-

(۱) زیرِ جالوی (submandibular) غدد مقدار میں ۱۰ تا ۱۵ ہوتے ہیں اور جبڑے کے زیریں کنارہ پر عنقی ردا کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ (۲) فوق لامی (suprahyoid) تعداد میں ۱ یا ۲ ہوتے ہیں اور خط وسطی کے قریب ٹھوڑی اور عظم لامی کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔ (۳) نکفی یا پیش اذنی گروہ جو غدہ نکفیہ کے اندر اور اسکے اوپر واقع ہوتا ہے۔ (۴) پس اذنی یا حلمی تعداد میں ۲ تا ۴ ہوتے ہیں اور زائدہ حلمیہ پر واقع ہوتے ہیں۔ (۵) قذالی (occipital) تعداد میں ۳ تا ۵ ہوتے ہیں اور عضلہ مرکبہ (complexus muscle) کے منتہیٰ پر واقع ہوتے ہیں۔ (۶) سطحی عنقی غدد اکثر موجود نہیں ہوتے اور یہ عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mostoid) کے اوپر خارجی وداجی (external jugular) ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ (۷) حنجری تعداد میں ۱ تا ۳ ہوتے ہیں اور عظم لامیہ کے قرن اعظم کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ (۸) بالائی عمیق عنقی گروہ۔ یہ تعداد میں ۱۰ تا ۲۰ ہوتے ہیں اور داخلی وداجی (internal jugular) ورید کے بالائی حصہ اور اس مقام کے اوپر واقع ہوتے ہیں جہاں مشترک سباتی (common carotid) شریان دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ (۹) زیریں عمیق گروہ۔ یہ داخلی وداجی،

228 زیر ترقوی (subclavian) خارجی وداجی (external jugular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) وریدوں کے انتہائی حصوں کو گھیرے ہوتا ہی۔ یہ گروہ بغلی (axillary)



شکل ۵۵ سر اور گردن کے لمفی غدد کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ عضلہ قصبیہ حلمیہ (ق - ح) عضلہ منحرفہ (م - م) داخلی وداجی ورید (د - و - و) - زیر ترقوی ورید (ز - ت - و) اور دائیں لاامی ورید (د - ل - و) کے خاکہ جات ظاہر کئے گئے ہیں -

۱ - زیر ترقوی غدد - ۱َ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۲ - فوق لامی غدد - ۲َ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۳ پیش اذینی غدد - ۳َ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۴ - پس اذینی غدد - ۴َ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۵ - قذالی غدد - ۵َ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۶ خارجی وداجی ورید کے سامنے سطحی عنقی غدد کے محل کو ظاہر کرتا ہے - ۷ - حنجری غدد ۸ - ۸ - ۸ - بالائی عمیق عنقی غدد - ۹ - ۹ - ۹ - زیرین عمیق عنقی غدد - ۱۰ - غدد جو درقیہ سے لمف وصول کرتا ہے - ۱۱ - فوقانی نصفی غدد - ۱۲ بغلی غدد -

اور منصفی (mediastinal) غدد کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

یہ غدد اکثر کلانی یافتہ اور ملتہب ہو جاتے ہیں اور لمفی نظام کے اسی حصہ میں لمفی غدد کی تدرنی کلانی نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ غدد میں جو التہابی عوارض پائے جاتے ہیں وہ ہمیشہ ثانوی قسم کے ہوتے ہیں اور اطراف جسم کے ان حصوں کے اختلالات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے یہ فرداً فرداً لمف وصول کرتے ہیں۔ لہذا یہ مناسب ہوگا کہ بعض غدد کے تعلقات کو اطراف جسم کے بعض حصوں سے منسوب کر لیا جائے۔

چاندلی۔ موخر حصہ = قذالی اور پس اذنی غدد۔ جبہی اور جداری حصہ جات = پیش اذنی غدد (شکل ۵۵)۔

مزید برآں چاندلی کے عروق غدد کے سطحی عنقی گروہ میں بھی داخل ہوتے ہیں۔

چہرہ اور گردن کی جلد = زیر چانوی۔ پیش اذنی اور سطحی عنقی غدد۔ 229

اذن خارجی = سطحی عنقی غدد۔

نیچے کا لب = زیر چانوی اور فوق لامی غدد۔

کہفۂ دہن = زیر چانوی غدد اور عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

نیچے کے جبڑے کے مسوڑے = زیر چانوی غدد۔

زبان۔ مقدم حصہ = فوق لامی اور زیر چانوی غدد۔ موخر حصہ = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

لوزتین اور حنک = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

بلعوم۔ بالائی حصہ = پیش اذنی اور پس بلعومی غدد۔ زیرین حصہ = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

حنجرہ۔ مجرا اور منہ کی چھت = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)

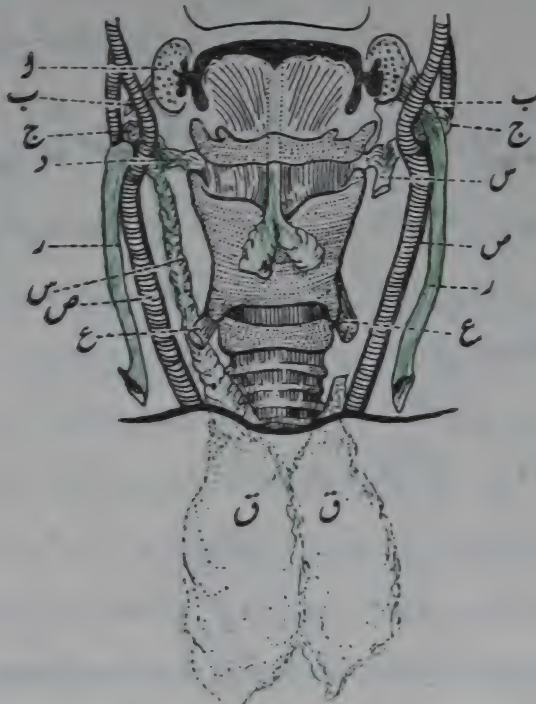
انفی حفرہ جات = پس بلعومی غدد۔ عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔ ان حفرہ جات کے موخر حصہ کے بعض لمفی عروق پیش اذنی غدد میں داخل ہوتے ہیں۔

عمیق عنقی غدد کے دور کرنے میں متعدد بافتوں کے زخمی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ غدد اکثر داخلی وداجی (internal jugular) ورید کے ساتھ مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔ بالاترین غدد شوکی معین (spinal accessory) عصب کو گھیرے ہوتے ہیں۔ سطحی عنقی اعصاب زیریں عمیق عنقی گروہ کے غدد میں سے گزرتے ہیں۔ صدری قنات (thoracic duct) بائیں ترقوی حفرہ کے غدد کو علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو چکی ہے۔

صدری قنات (thoracic duct) گردن میں۔ اگر ترقوہ کے بالائی کنارہ پر اسکے قصی سرے سے ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ داخلی وداجی اور زیر ترقوی وریدوں کے درمیانی زاویہ کی نشاندہی کریگا جس پر یا جس کے نزدیک صدری قنات ختم ہوتی ہے۔ اُن ۴۰ اجسام میں سے جن پر ایف۔جی۔پارسنس (F.G. parsons) اور پی۔ڈبلیو۔جی۔سارجنٹ (P. W. G. Sargent) نے تحقیق کی ہے، ۳۵ میں یہ قنات داخلی وداجی ورید کے انتہائی سرے پر ختم ہوتی ہوئی پائی گئی۔ ان واقعات میں سے تقریباً نصف میں قنات کا آخری حصہ منقسم ہوگیا تھا۔ اس کے اکثر دو دہنہ جات ہوتے ہیں اور
230 بعض اوقات ان کی تعداد چار تک بھی پہنچ جاتی ہے۔ اختتام پر یہ قنات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) اور ڈایافرامی (phrenic) عصب پر سے باہر کی طرف کو اپنے مقام دخول سے اوپر خم کھاتی ہے جہاں اس میں بالعموم مصاریع ہوتے ہیں۔ اس قنات کی بندش سے قاعدۃً ناموافق علامات پیدا نہیں ہوتے، اور یہ اس کے اور صدر کی دائیں جانب کے عروق لمف کے درمیان آزاد تفمم موجود ہونے اور مجرد وریدوں (azygos veins) کے ساتھ رابطہ رکھنے کا نتیجہ ہے (لیف:Leaf)۔ جب یہ قنات بائیں مشترک سباتی (common carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے پیچھے سے گردن میں داخل ہونے کے لئے اوپر کیطرف کو چڑھتی ہے تو یہ پھیپھڑے کے پلورا سے مس کرتی ہوئی جاتی ہے۔ دائیں جانب میں قنات صدری (thoracic duct) کا قائم مقام دایاں لمفی تنا ہوتا ہے۔ ان دونوں بڑے بڑے لمفی مجاری کے معاونوں میں صدر میں آزاد راہ و ربط پایا جاتا ہے۔

خیشومی ناسور (branchial fistulæ)۔ کبھی کبھی گردن میں بعض خلقی ناسور

پائے جاتے ہیں جو خیشومی درزی انخفاضات میں سے کسی نہ کسی ایک کے جزوی طور پر برقرار رہنے سے
پیدا ہوتے ہیں۔ یہ انخفاضات جنین میں خیشومی محرابوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں اور ان محرابوں کی 231



شکل ۵۶ گردن کی مختلف جنینیاتی بقیہ ساختوں کے محل اور تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ لوزہ۔ ب۔ لوزی تاچہ کا بقیہ حصہ (دوسرے درزی گوشہ سے)۔ ج۔ سباتی جسنم خارجی اور داخلی سباتی شریانوں کے درمیان۔ د۔ تیموسیہ کی ڈنڈی (تیسری درز)۔ ر۔ عنقی جوف (جو بائیں جانب پر دوسری درز کے گوشہ سے متحد ہے)۔ س۔ عنقی تیموسیہ۔ ص۔ مشترک سباتی۔ صَ۔ درقی اور درقی لسانی قنات کا وسطی حصہ۔ ط۔ وسطی درقیہ کا زیر لامی حصہ۔ ع۔ جانبی درقیہ کی ڈنڈی جو چوتھی درز سے پیدا ہوتی ہے۔ ق ق۔ تیموسیہ صدر میں۔

تعداد بالعموم پانچ بیان کی جاتی ہے پہلی نیچے کے جبڑے اور مطرقی (malleus) کے لئے بنیاد کا کام دیتی ہے۔ دوسری سے زائدہ ابریہ (styloid process)، ابری لامی (stylo-hyoid) رباط

اور عظم لامی کا قرن اصغر نمو پاتا ہے۔ تیسری سے عظم لامی کا جسم اور اسکا قرن اعظم بنتا ہے۔ اور چوتھی اور پانچویں عظم لامی کے نیچے کے گردن کے غضروفوں اور نرم حصوں کے تکون میں حصہ لیتی ہیں۔ پہلی درز پہلی اور دوسری محرابوں کے درمیان ہوتی ہے۔ "عنقی خیشومی ناسور بہت باریک قنالوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، اور گردن کے اگلے حصہ کی ایک یا دونوں جانب پر چھوٹے چھوٹے دہنوں میں کھلتے ہیں۔ اور یہ پیچھے کی اور اندر کی یا پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں بلعموم یا مری کی طرف کو جاتے ہیں۔" (پیجٹ Paget:)۔ انکا طول ۱½ انچ سے لیکر ۲½ انچ تک ہوتا ہے اور انکا قطر حیوانات کے سخت بال اور معمولی سلائی کے قطر کے درمیان درمیان ہوتا ہے۔ عنقی ناسور کا دہنہ بالعموم قصی ترقوی مفصل کے عین اوپر واقع ہوتا ہے، اور یہ **عنقی جوف** (cervical sinus) کا قائم مقام ہوتا ہے (شکل ۵۶)، جو ایک نشیب یا جیب ہوتی ہے جو جنین کی گردن کے نمو کے دوران میں بنتی ہے، اور یہ جوف خیشومی اور حشوی درزوں کے مشترک دہنہ کا کام دیتا ہے
232 جن میں لوزہ تیموسیہ اور جانبی درقیہ جات نمو پاتے ہیں۔ یہ ناسور اوپر کی طرف کو چڑھتا ہوا مشترک سباتی شریان کی دوشاخگی کی طرف چلا جاتا ہے جہاں یہ بعض اوقات جسم سباتی (جو تیسری درز سے پیدا ہوتا ہے) سے یا لوزی گوشہ سے (جو دوسری درز سے پیدا ہوتا ہے) ربط پیدا کرلیتا ہے۔ اس سے یہ امر ذہن نشین ہو سکتا ہے کہ صرف انہی تاچکی ساختوں اور بروں بالیدوں کے حصے باقی رہ سکتے ہیں۔ ایسے بقیہ حصے عنقی دویروں کے لئے بنیاد کا کام دیتے ہیں۔ مزید برآں گردن کے بعض ادمہ نما دویرے اور بعض کثیر دویری خلقی سلعات بھی جو "گردن کے قیلہ مائیہ" کی ایک شکل میں نمودار ہوتے ہیں انہی خیشومی بقایا سے پیدا ہوتے ہیں۔ ناسوروں کے منہ پر یا اس مقام پر جہاں یہ بالعموم واقع ہوتے ہیں بعض اوقات جلد کے تسمے نمودار ہو جاتے ہیں جن میں کبھی کبھی غضروف بھی ہوتا ہے۔ انکو **مستزاد اذن** (supernumerary auricles) کہتے ہیں۔ کیونکہ انکا ناسوروں سے وہی تعلق ہوتا ہے جو اذن خارجی کا پہلی حشوی درز سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا بطین جیسا کہ طبعی طور پر بہت سے بندروں میں پایا جاتا ہے بعض اوقات متطول ہو کر ایک تاچہ کی شکل اختیار کرلیتا ہے جو درقی لامی غشا میں سے گزرجاتا ہے، اور اس طرح گردن کے حنجری خطہ میں ایک **عنقی ہوائی دویرہ** (cervical air-cyst) یا **تاچہ** (sac) بنجاتا ہے۔

حصۂ دوم

صدر

باب دہم

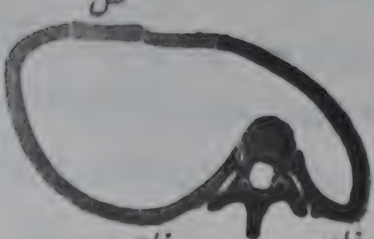
چھاتی اور اس کے احشاء

صدری دیواریں

چھاتی کی دونوں طرفیں شاذ ونادر ہی متشاکل ہوتی ہیں۔ دائیں طرف کا محیط بالعموم زیادہ ہوتا ہے اور اس امر کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ جوارح اعلیٰ کا غیر مساوی استعمال ہے

پاٹ کے مرض (Pott's disease) میں جبکہ ظہری خطہ ماؤف ہو اور عمود فقری آگے کیطرف کو بہت خمیدہ ہوگیا ہو تو صدر میں بہت بدشکلی پیدا ہوجاتی ہے۔ اس کا مقدم موخر قطر زیادہ ہوجاتا ہے۔ قص (sternum) آگے کی طرف کو نکل آتا ہے اور عمود فقری کو خمیدہ کرنے سے یہ بھی خمیدہ کیا جاسکتا ہے پسلیاں دب کر اکٹھی ہوجاتی ہیں اور جسم میں بعض اوقات اسقدر قصر واقع ہوجاتا ہے کہ نیچے کی پسلیاں حرقفی عرف (iliac crest) پر متراکب ہوجاتی ہیں۔

کبوتر سینگی (pigeon-breast) کی بدشکلی میں قص اور غضروف سامنے کی طرف کو اسطرح ابھر آتے ہیں کہ چھاتی کی مقدم موخر پیمائشں بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور پسلیوں اور انکے غضروفوں کے خط اتصال کے ساتھ ساتھ ایک عمیق تجویف پیدا ہوجاتی ہے۔ ضلعی غضروفی اتصال پر جدور کے نیچے بیٹھ جانے ہی سے یہ ابھار پیدا ہوتا ہے۔ بچوں میں اور خاص کر کساحت زدہ بچوں میں صدر بہت نرم اور لچکدار ہوتا ہے۔ اور اگر ہوا کے داخل ہونے میں کوئی مستقل رکاوٹ موجود ہو جیسی کہ بہت کلانی یافتہ لوزتین سے ہوتی ہے تو صدری دیواریں کچھ عرصہ کے بعد اس انتصاص کی وجہ سے جو ان پر دوران شہیق میں اثرانداز ہوتا ہے دب جاتی ہیں۔ صدر کا کمزور ترین حصہ ہر ایک طرف ضلعی غضروفی خط کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے اور ایسے واقعات میں جدور اسی مقام پر ہی واضح طور پر دبتے ہیں۔



234

شکل ۵۷ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو صدر میں التوا کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں۔ (ریڈرڈ Redard: کے مطابق)
شوکی انحنا کا انحداب دائیں جانب کو ہے۔ اس طرف کی پسلیوں میں انکے زاویوں پر حاد خم پایا جاتا ہے۔ مقعر (بائیں) طرف پر پسلیوں کا زاویہ کھلا ہے۔

چھاتی کے تشوہات شوکی عمود کے ظہری حصہ کے غیر طبعی انحناؤں کا نتیجہ ہوتے ہیں

پسلیاں فقرات سے ضلعی فقری اور ضلعی عرضی رباطات کے ذریعہ سے مضبوطی سے مربوط ہوتی ہیں، لہذا فقرات کی وضع کے متغیر ہونے سے ضلعی سلسلہ میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ جب ظہری خطہ میں تسنم (kyphosis) پیدا ہوجاتا ہے تو شوکہ کا بالائی حصہ اوپر کی پسلیوں اور قص کے ساتھ ہی آگے اور نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے۔ اس سے صدر کا مقدم موخر قطر بڑھ جاتا ہے مگر انتصابی اور مستعرض پیمائشیں کم ہوجاتی ہیں۔ جب ظہری خطہ میں جانبی انحنا پیدا ہوجاتا ہے تو اس طرف کی پسلیاں جس طرف کو خم واقع ہوتا ہے لازمی طور پر مضغوط ہوجاتی ہیں اور طرف مقابل کی پسلیاں کھل جاتی ہیں۔ التوائے عمود فقری (scoliosis of the spine) میں نہ صرف جانبی انحنا ہی

بنجاتا ہے۔ بلکہ فقرات بھی ساتھ ہی گھوم جاتے ہیں۔ فقری اجسام عمود کی محدب جانب کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور انکے شوکی زوائد انحنا کی مقعر طرف کو آجاتے ہیں (شکل ۵،)۔ مقعر طرف کی پسلیاں مستعرض زوائد کے دھکیلنے کی وجہ سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہیں اور انکے زاویے کھلجاتے ہیں اور چھاتی کی طرف پیچھے کو چپٹی ہوجاتی ہے۔ دوسری جانب (محدب) پر زاویے بیحد نمایاں ہو جاتے ہیں، کیونکہ پسلیوں کے فقری سرے پیچھے کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور آگے کی طرف سے یہ اندر کی طرف کو جھک جاتی ہیں۔ اسطرح چھاتی کا مستعرض قطر ترچھا ہوجاتا ہے (شکل ۵،)۔ مقعر جانب پر بین ضلعی فضائیں تنگ ہوجاتی ہیں، حتیٰ کہ پسلیاں بعض اوقات ایک دوسری سے مس بھی کرتی ہیں اور محدب جانب پر فضائیں وسیع ہوجاتی ہیں۔ صدری احشاء کی شکل لازمی طور پر خراب ہوجاتی ہے اور ان کا محل تبدیل ہوجاتا ہے۔ 235

قص (sternum) قص کی **اوپر کی کور دوسرے** اور تیسرے ظہری فقرات کے درمیان کی قرص کی متناظر ہوتی ہے۔ اور خنجری قصی مفصل دسویں ظہری فقرہ کے وسط کا متناظر ہوتا ہے۔ جنین میں تکمیلِ میعاد پر قص کی اوپر کی کور پہلے ظہری فقرہ کے وسط کے مقابل ہوتی ہے۔ (سمنگٹن :Symington)۔ اسکی مقدم سطح پر ایک مستعرض حَید یا زاویہ (**زاویۂ لوڈوِک** ;angulus Ludovici) بالعموم محسوس کیا جا سکتا ہے جو یدالقص (manubrium) اور جسم قص کے مقام اتصال کا متناظر ہوتا ہے اور دوسری ضلعی غضروف کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ قصی مفصلِ غضروفی (sternal synchondrosis) پر تنفسی حرکت ایک معتدبہ درجہ تک ہوتی ہے۔ صرف بہت بوڑھے آدمیوں ہی میں اس مفصل میں عظمی اتحاد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا ایک نمایاں زلالی کہفہ ہوتا ہے جسکے اردگرد مضبوط لیفی اور لیفی غضروفی رباطات موجود ہوتے ہیں۔

اس ہڈی میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے کیونکہ یہ نرم اور اسفنجی ہوتی ہے اور لچکدار پسلیاں اور انکے غضروفات اسکو کمانیوں کے ایک سلسلہ کی طرح سہارا دیتے ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں جب غضروفات متعظم ہوجاتے ہیں اور چھاتی زیادہ استوار ہوجاتی ہے تو کسر کے واقع ہونے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے۔ قص عمود فقری کی چوٹوں میں نہایت کثرت سے مکسور پایا جاتا ہے اگرچہ سادہ بلا واسطہ ضرب سے بھی اسمیں کسر واقع ہو سکتا ہے — یہ ہڈی

عمود فقری کو زور سے پیچھے کی طرف یا اسکو دفعتہً آگے کی طرف کو جھکانے سے ٹوٹ جاتی ہے۔

قصی یدی (sterno-manubrial) متفصل (قصی مفصل غضروفی: sternal synchodrosis) میں خلع بھی واقع ہوسکتا ہے۔ ان چوٹوں میں ید القص بالعموم علی محلہ رہتا ہے، مگر قص کا جسم پسلیوں کے ساتھ اسکے آگے کی طرف کو منتقل ہوجاتا ہے۔

تعرئیہ محل اور اسفنجی ساخت کی وجہ سے قص میں بہت سے عوارض مثلاً بوسیدگی اور صمغینی گرد عظمی التہاب (gummatous periostitis) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہڈی میں تقابلی نرمی یہاں تک پائی جاتی ہے کہ قاتلانہ زخموں کی حالت میں چاقو اسمیں سے گذر گیا ہے۔ اس ہڈی کی شکل اور اسکا محل بھی دباؤ سے متغیر ہوجاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات ان اہل حرفہ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ایسی خدمتوں پر مامور ہوتے ہیں جنہیں اوزاروں وغیرہ کو چھاتی سے دبانا پڑتا ہے۔ 236

بعض اوقات قص کے وسط میں خاص قسم کے سوراخ پائے جاتے ہیں جنہیں سے منصفی خراج باہر نکل آتے ہیں اور سطحی خراج صدر کی گہرائی میں چلے جاتے ہیں۔ یہ سوراخ دائیں اور بائیں قصی سلاخوں کے ناقص اتحاد کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے کہ قص طیار ہوتا ہے۔ جس واقعہ کے متعلق ای گرو (E. Groux) نے اطلاع دی ہے اس میں انتصابی رخ میں ہڈی کے دو حصے علٰحدہ علٰحدہ پائے گئے تھے، اور رخنہ عضلی جہد سے وسیع کیا جاسکتا تھا اور قلب جو صرف نرم حصوں سے پوشیدہ تھا معرا ہوجاتا تھا۔ ایک اور واقعہ میں جسکا اندراج ڈگلس (Douglas) نے کیا ہے صرف نیچے کا حصہ ہی متحد تھا۔ قص کا بالائی حصہ انتصابی رخ میں کاٹا جاچکا ہے اور ہر ایک نصف متناظر پسلیوں کے ساتھ ان ساختوں تک رسائی حاصل کرنے کے لئے جو فوقانی منصف میں موجود ہوتی ہیں آگے کی اندر باہر کی طرف کو الٹایا جاچکا ہے۔

پسلیاں اتنی ترچھی واقع ہوتی ہیں کہ ایک پسلی کا مقدم سرا کسی دوسری پسلی کے موخر سرے کے لیول پر ہوتا ہے جو تعدادی ترتیب کے لحاظ سے اس سے کچھ نیچے واقع ہوتی ہے چنانچہ سامنے کی طرف سے دوسری پسلی پچھلی طرف سے پانچویں پسلی کی متناظر ہوتی ہے اور ساتویں کا منتہی دسویں کا متناظر ہوتا ہے۔ اگر جسم کے گرد کتف کے تحتانی زاویہ کے لیول پر ایک افقی خط کھینچا جائے جبکہ بازو جسم کے اطراف پر ہوں تو یہ خط سامنے کی طرف قص کو

پھٹے غضروف کی چسپیدگی پر اور پانچویں پسلی کو حلمی خط پر اور نویں پسلی کو عمود فقری پر کاٹیگا۔
دوسری پسلی کو ایک مستعرض حید ظاہر کرتا ہے جو قص پر ہوتا ہے اور جسکی طرف پہلے بھی اشارہ کیا جاچکا ہے (زاویۂ لوڈوک ;angulus Ludovici)۔ عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کا زیریں کنارہ پانچویں پسلی کی طرف رہنمائی کرتا ہے، اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا پہلا مرئی تنشر چھٹی پسلی کا متناظر ہوتا ہے۔ ساتویں پسلی سب سے لمبی ہوتی ہے اور پہلی سب سے چھوٹی۔ سب سے زیادہ ترچھی پسلی نویں ہوتی ہے۔ جب بازو اپنی طرف پر
لٹکا ہوتا ہے تو کتف کا زیریں زاویہ ساتویں پسلی کو پوشیدہ کئے ہوتا ہے۔ 237

پسلیاں لچکدار اور بہت خمیدہ ہوتی ہیں اور چونکہ یہ بہت سے رباطات کے ذریعہ پچھلی طرف عمود سے اور آگے کی طرف دب جانے والے غضروفوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اسلیئے یہ کمانی کے خواص سے ایسی چوٹوں کی مزاحمت کرتی ہیں جن سے کسر واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ پسلی میں **بالواسطہ ضرب** سے کسر واقع ہو سکتا ہے، مثلاً چت لیٹنے کی حالت میں پہیئے کے جسم پر سے گزر جانے سے۔ ایسی حالت میں قوت کا رجحان ہڈی کے دونوں سروں کو قریب لانے اور خم کو بڑھانے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جب یہ ٹوٹتی ہے تو یہ اصلی خم کی چوٹی پر سے یعنی اپنے وسط کے قریب سے ٹوٹتی ہے۔ قطعات باہر کی طرف کو شکستہ ہوتے ہیں، اور پلورا کے منشقب ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ جب پسلی **بلا واسطہ ضرب** سے ٹوٹتی ہے تو ضرر اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں چوٹ لگی ہو۔ ہڈی اندر کی طرف کو ٹوٹتی ہے، اور ہڈی کے خم کا رجحان بڑھنے کی بجائے کم ہونے کی طرف ہوتا ہے اور ٹکڑوں کے پلورا کو دریدہ کرنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

جو پسلیاں اکثر ٹوٹتی ہیں وہ چھٹی، ساتویں، اور آٹھویں ہیں کیونکہ معمولی حالات کے تحت یہ سب سے زیادہ معرا ہوتی ہیں۔ جس پسلی میں کسر سب سے کم واقع ہوتا ہے وہ پہلی ہے جو ترقوہ کے نیچے پوشیدہ ہوتی ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف اکثر مکلس پائی جاتی ہے اور اسمیں گاہے گاہے کسر بھی واقع ہوجاتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ ۵۴ سال سے زائد عمر کے اکثر اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف کم و بیش حد تک مکلس اور متعظم ہوتی ہے، اور اسلیئے اس قسم کی پسلیوں کی لچک اور حرکت پذیری میں نقص واقع ہوجاتا ہے۔ پیرانہ سالی میں غضروفوں میں تعظم واقع ہونے کی وجہ سے سن رسیدہ اشخاص میں بچوں کی نسبت

کسور زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ پسلی میں کسر واقع ہونے کے بعد قصر واقع نہیں ہوتا۔ کیونکہ یہ ہڈی آگے اور پیچھے دونوں طرف ثبت ہوتی ہے اور انصابی غبر وضعیت کو بین ضلعی عضلات کی چسپیدگیاں مانع آتی ہیں۔ چنانچہ تاوقتیکہ متوالی پسلیوں میں کسر واقع نہ ہو کوئی بدیہہ بدشکلی رونما نہیں ہوتی۔ یہ ہڈیاں **عضلی فعل کی شدت** سے بھی ٹوٹ چکی ہیں مثلاً کھانسنے کے 238
دوران میں اور شدید دافعی کوششوں کے دوران میں جیسی کہ وضع حمل میں عمل میں آتی ہیں۔ ایسی مثالوں میں یہ ہڈیاں شاید پہلے ہی سے مذبول یا کسی مرض سے کمزور ہو چکی ہوتی ہیں۔

کساحت میں پسلیوں اور غضروفوں کے مقام اتصال پر تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جو عظمی ارتفاعات کے بننے کا باعث ہوتے ہیں۔ ان ارتفاعات سے دونوں طرف کی پسلیوں کے متاثر ہونے کی صورت میں ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو "کساحتی سبحہ" (rickety rosary) کے نام سے موسوم ہے۔ ضلعی غضروفی اتصالات جن پر یہ کلانیاں واقع ہوتی ہیں لمبی ہڈیوں کے بربالی خطوں کے متناظر ہوتے ہیں اور یہ وہ خطوط ہیں جن پر طول میں اصلی بالیدگی واقع ہوتی ہے۔

بین ضلعی فضائیں پیچھے کی نسبت آگے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں اور نیز بالائی پسلیوں کی درمیانی فضائیں نیچے کی پسلیوں کی درمیانی فضاؤں سے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ سب سے چوڑی فضا تیسری ہے۔ پھر دوسری ہے اور پھر پہلی۔ ساتویں، آٹھویں، نویں اور دسویں بین فضائیں پسلیوں کے زاویوں کے سامنے کی طرف بہت تنگ ہوتی ہیں۔ فضائیں شہیق میں چوڑی ہو جاتی ہیں اور زفیر میں تنگ۔ اور جسم کو متقابل جانب کی طرف جھکانے سے زیادہ چوڑی کیجا سکتی ہیں۔

پلورائی کہفہ کا بزل بالعموم چھٹی یا ساتویں فضا میں یا تو قص اور عمود فقری کے یا مقدم اور موخر بغلی خطوط کے عین درمیانی مقام پر کیا جاتا ہے۔ ساتویں فضا کتف کے زاویہ کے تعلق سے بآسانی شناخت کیجا سکتی ہے۔ جب بازو طرفِ جسم کے ساتھ ہوتا ہے تو یہ زاویہ اس فضا پر ذرا سا تراکب کرتا ہے۔ اگر کسی زیریں فضا کا انتخاب کیا جائے تو بالخصوص دائیں جانب پر ڈایافرام کے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر آٹھویں یا نویں فضا منتخب

کیجائے تو شگاف کتف کے زاوئے کے خط کے عین باہر دیا جاتا ہے۔ مبزل کو دوران شہیق میں جبکہ فضا چوڑی ہوجاتی ہے داخل کرنا چاہئے اور بین ضلعی عروق کو بچانے کے لئے اسے حتیٰ الامکان فضا کے زیرین کنارے کے قریب رکھنا چاہئے۔ پسلیوں کے زاویوں کے پیچھے سے کسی فضا میں سے چھاتی کا بزل غیر ممکن العمل ہے کیونکہ اس مقام پر دیوار صدر پر عضلات کا ایک موٹا غلاف موجود ہوتا ہے۔ نیز بین ضلعی شریان جس کا ممر متناظر پسلیوں کے مقابلہ میں زیادہ ترچھا ہوتا ہے فضا کے اس حصہ کے وسط کو عبور کرتی ہے۔ زاویہ کے اگلی طرف بین ضلعی عروق اُس پسلی 239
کے تحتانی کنارہ کے حید میں واقع ہوتے ہیں جس سے فضا کی بالائی حد بنتی ہے۔ ورید شریان کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عصب اسکے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر اوپر کی چار یا پانچ فضاؤں میں عصب ابتدا میں شریان سے اونچا ہوتا ہے۔

گرد قلبہ (pericardium) کا بزل سوئی کو خنجری قص (xiphisternum) اور ضلعی حاشیہ کے درمیانی زاویہ کے راس میں سے اوپر کی اور ذرا سی بائیں جانب کی سمت میں داخل کرنے سے بہترین طور پر کیا جا سکتا ہے۔

پیپ بین ضلعی عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان کی ڈھیلی ڈھالی بافت کے ساتھ ساتھ بآسانی جا سکتی ہے۔ چنانچہ فقرات کے یا پسلیوں کے موخر حصوں کے مرض میں جو تقیح پیدا ہوتا ہے اس میں پیپ بعض اوقات بین ضلعی فضاؤں کے ساتھ ساتھ قص تک پہنچ جاتی ہے اور اسطرح مرض کے اصلی محل سے معتدبہ فاصلہ پر آکر ظاہر ہوتی ہے۔

پسلیوں کا دور کرنا۔ بلورائی کہفہ میں کشادہ فتحہ بنانے کے لیے ایک یا دو پسلیوں کے کچھ حصہ کا استیصال کیا جا سکتا ہے۔

طویل المدت دبیلہ (empyema) کے بعض مریضوں میں جن میں ایک کھلا جوف موجود ہو صدر کی عظمی دیوار کا وہ تمام حصہ جو قائح کہفہ کی بیرونی حد کا متناظر ہوتا ہے دور کر دیا جاتا ہے تاکہ کہفہ میں ہبوط واقع ہو سکے اور اس سے یہ بند ہو سکے۔ یہ موخر الذکر تدبیر تکوین الصدر (thoracoplasty) کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات نو پسلیوں تک کو اگلی طرف سے غضروفوں سے لیکر پچھلی طرف کو انکے زاویوں کے پیچھے کسی مقام تک دور کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ اوپر کی پسلیوں کا جزئی استیصال (resection) نہایت ہی مشکل ہے۔ مگر بہت سی حالتوں میں

اسوقت تک کامیابی حاصل نہیں ہوتی جب تک کہ پسلیاں شروع ہی میں دوسری پسلی تک معہ اسکے دور نہ کردیجائیں۔

پسلی دور کرتے وقت ہڈی مکشط (rugine) کے ذریعہ سے گرد عظمہ سے بالکل معرا کر لیجاتی ہے اور استیصال زیر گرد عظمی ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے بین ضلعی عروق جو زیر ضلعی میزاب میں ایک مجری میں سے جو گرد عظمہ کے پھٹنے سے بنتا ہے گزرتے ہیں معرا نہیں ہوتے، اور اگر بعد میں انکو کاٹنے کی ضرورت ہو تو ان پر بآسانی قابو حاصل کیا جا سکتا ہے، جبکہ پسلیاں راستہ میں حائل نہیں ہوتیں۔

240

داخلی پستانی شریان (internal mammary artery) قص کے

کنارہ کے متوازی گزرتی ہے اور اس سے تقریباً ½ ۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ اگر یہ زخمی ہو جائے تو بعض اوقات ایسا نزف واقع ہوتا ہے جو جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس عرق پر پہلی تین بین ضلعی فضائوں میں آسانی سے اور چوتھی یا پانچویں فضائوں میں کسیقدر مشکل سے قابو حاصل کیا جا سکتا ہے۔ دوسری فضا میں سے اس تک نہایت آسانی سے رسائی کیجا سکتی ہے اور پانچویں فضا سے نیچے کی کسی ایک فضا میں سے اسکو قابو میں نہیں لایا جا سکتا۔ یہ عرق صدری دیوار کی تمام ساختوں سے سوائے پلورا کے اور نیچے کے حصہ میں سوائے عضلہ مثلثہ قصبیہ (triangularis sterni) کے گہرا واقع ہوتا ہے۔

پستان

اس مقام پر جسکی نشاندہی بعد ازاں حلمہ سے ہوتی ہے سر حلمہ کے ایک ٹھوس انغماد کی شکل میں نمو پاتی ہے۔ جنینی زندگی کے تقریباً چھٹے مہینے میں اولین پستانی غنچہ میں سے زیر جلدی بافت کے اندر تمام سمتوں میں شاخیں نکل آتی ہیں، جن سے اس بافت کے بستہ ہونے سے پستانی کیسہ بنجاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان کی فضائی بافت میں نمو پانے کے دوران میں ہمکیں کیسہ کے پس پستانی حصہ سے شروع ہو کر بین لختکی فضائوں میں سے ہوتی ہوئی زیر جلدی بافت تک چلی جاتی ہیں اور اسطرح جلد تک پہنچ جاتی ہیں۔ اسلیئے سرطان پستان کے معہ اس کیفیت کے جو اس سے نتیجۃً پیدا ہوتی ہے ایکطرف تو ماتحت رو انک اور دوسری طرف سطحی فضائی ہمکوں (ایسٹلے کوپر :Astley Cooper) کے

نام نہاد "تعلیقی رباطات") تک پھیلنے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا صدری ردا کے ساتھ انضمام موجود ہونے کے امارات کے پائے جانے اور نیز جلد کے چپکنے کی جو اکثر اس مرض کا امتیازی خاصہ ہوتے ہیں توقع کیجا سکتی ہے۔ چونکہ صلبہ لیفیت (جرذ: scirrhus) کی وجہ سے جو کہ اس بے تحاشا خلوی بالیدگی کو جو سرطان کا لازمی خاصہ ہے روکنے کے لئے قدرت کی طرف سے ایک کوشش ہے اندر کی طرف کو کھچ جاتا ہے اسلئے اس ساخت (حلمہ) میں بعض تغیرات کا پایا جانا ضروری ہوتا ہے مثلاً بازکشیدگی، لیول کی تبدیلی اور سمت کے تغیرات۔

پستان کے نیچے ردا ہوتی ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے کچھ حصہ اور نیز عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus obdominus) اور عضلہ موربہ (external oblique) کے مبادی کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ عضو اس عظیم لمفی مدار سے جو دھڑ کو ڈھکے ہوتا ہے قریبی تعلق رکھتا ہے اور یہ امر سرطان کے انتشار پر بحث کرنے اور اس کی بیخ کنی کے لئے عملیہ ترتیب دینے کے لحاظ سے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہے۔ اس لمفی مدار کا اور خاصکر فوق الثدی حصہ کا جسکی مسلیت اوپر کی سمت میں بغل کی طرف ہوتی ہے مطالعہ ایک ساتھ کرنا چاہیے۔ 241

عورت میں پستان ایک عریض قرص کی شکل کی ہوتی ہے اور اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے لیکر نیچے کی طرف چھٹی پسلی تک اور قصی حاشیہ سے لیکر وسط بغلی خط تک پھیلی ہوتی ہے (سٹائیلز: Stiles)۔ لہذا یہ زیادہ تر عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے اوپر واقع ہوتی ہے مگر اس غدہ کا پورا ایک تہائی حصہ عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر متمکن ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ عضلہ موربہ خارجیہ بطنیہ (oblique externus abdominis) اور عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے مبادی پر متراکب بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان عضلات کو یا انکے مبدا کی رداؤں کو سرطان زدہ پستان کو دور کرتے وقت ضرور علٰحدہ کر دینا چاہیئے۔ علاوہ ازیں اس عضو کے التہاب میں یا اس کے استیصال کے بعد ان عضلات کو آرام دینے کی تدبیریں ضرور اختیار کرنا چاہئیں۔ مزید برآں پستان اگرچہ عمومی طور پر ایک قرص کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے مگر اس سے محیطی زوائد بھی نکلے ہوتے ہیں اور انمیں سے سب سے زیادہ قابل ذکر بغلی دُم ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectarolis major) کے بیرونی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغل کی طرف چلی جاتی ہے۔

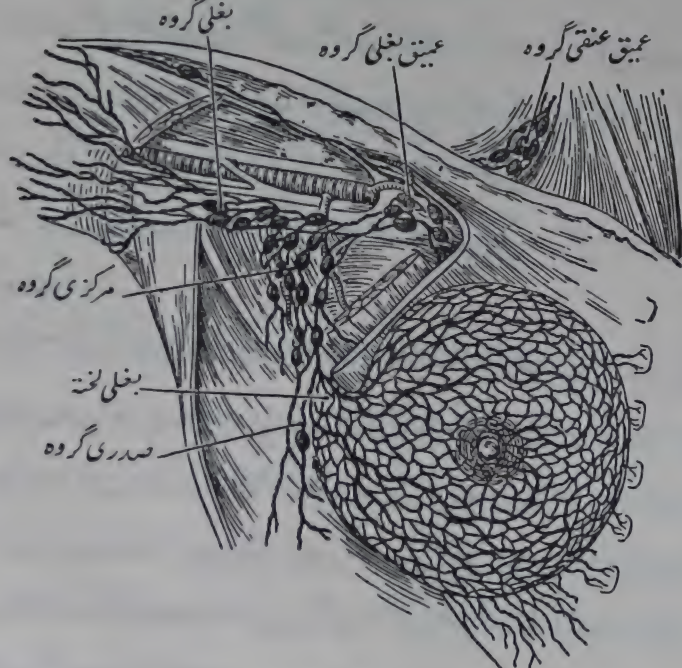
جو افراز کے محبوس ہو جانے کی
یہ عضو ۱۲ تا ۲۰ بے قاعدہ لختکوں سے مرکب ہوتا ہے۔
حالت میں حلمہ سے نصف قطروں کی شکل میں باہر کی طرف کو جاتے ہوئے محسوس کئے جا سکتے ہیں۔
ہر ایک لختک کی اپنی اپنی قنات ہوتی ہے جو حلمہ کی چوٹی پر الگ الگ کھلتی ہے۔ مگر اس سے
پیشتر ہر ایک قنات متسع ہو کر ایک انتفاخ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ پستان کی صحیح صحیح نسیجیات
بیان کرنا مشکل ہے، کیونکہ عمر اور زمانہ رضاعت و حیض کی فعالیت کے لحاظ سے اس میں
بڑی بڑی تبدیلیاں واقع ہو جاتی ہیں۔ نوجوان بالغ عورت میں اس میں عنبیبی غدہ کے امتیازی
خواص موجود ہوتے ہیں اور اسکی برآر قناتوں کا استر عمودی یا مکعبی سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ مگر فعالیت
کے درمیانی وقفوں میں اور تیس سال کی عمر کے بعد ایسا نمونہ تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے، جس سے
ایسے انحطاطی تغیرات ظاہر نہ ہوتے ہیں جو اس عارضہ میں پائے جاتے ہیں جو بالعموم مزمن التہاب
پستان (chronic mastitis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انقطاع الطمث کے بعد اور
ساکن حالت میں اس عضو کا زیادہ تر حصہ چربی پر مشتمل ہوتا ہے۔

242 پستان کے نیچے ایک ڈھیلی ڈھالی پس پستانی بافت ہوتی ہے جس سے یہ غدہ
صدری غلاف سے ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات پس پستانی خراج پیدا
ہو جاتا ہے جو ایک تکیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور پستان اس پر متمکن رہتا ہے۔

حلمہ مردوں اور نوجوان باکرہ عورتوں میں چوتھی بین ضلعی فضا میں ضلعی غضروفی
اتصال سے تقریباً ½ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر رضاعت کے بعد پستان لٹک جاتی ہے
اور پھر حلمہ سے بین ضلعی فضاؤں کے لئے بطور رہنما کے کام نہیں لیا جا سکتا۔ حلمہ انتصاب پذیر
اور عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور تیسرے اور چوتھے شوکی اعصاب کی جلدی شاخوں سے
اسے رسد بکثرت پہنچتی ہے۔ اسکے اردگرد ایک ملون ہالیزہ ہوتا ہے جس میں جرابات منٹگمری
(Montgomery's follicles) پائے جاتے ہیں اور یہ دہنی غدد کا ایک سلسلہ ہوتا ہے
جس میں یہ چکناہٹ پیدا کرنے کے اغراض سے تبدیل شدہ صورت میں پائے جاتے ہیں اور دوران حمل
میں یہ کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ ہالیزہ کے نیچے لمفی عروق کا ایک گھنا جال ہوتا ہے۔ اس کے
قرب و جوار کی جلد ملون اور حساس ہوتی ہے اور اس میں درد خیز شقاقات اور تسلخات
پیدا ہو جاتے ہیں۔

جن **مجاری لمف** سے پستان کی مسلیت ہوتی ہے وہ سرطانی پستان کو اصولی قاعدوں سے دور کرنے کے لئے عملیہ ترتیب دینے میں نہایت عظیم الاہمیت ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں مترتب ہیں۔ (۱) گرد لختکی (perilobular) عنیبوں اور لختکوں کے اردگرد۔ (۲) گرد قناتی (periductal) قنوات لبنیہ (lactiferous ducts) کے اردگرد۔ (۳) بین لختی (interlobar) جو درون لختی فواصل میں واقع ہوتے ہیں اور (۴) پس پستانی جال کو (۵) سطحی پستانی جال سے جو کیسہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتا ہے ملاتے ہیں۔ اگر سرطان بین لختکی فواصل پر حملہ آور ہو تو انہیں انقباض واقع ہوجاتا ہے جو بافتی تعامل اور لیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور انکی جلدی چسپیدگیوں کی وجہ سے جلد میں انخفاضات پیدا ہوجاتے ہیں اور یہ عمل گرد قناتی عروق پر حملہ آور ہو تو حلمہ باز کشیدہ ہوجاتا ہے۔ پستانی لمفی نظام لمفی عروق کے اس زیر جلدی جال سے تعلق رکھتا ہے جس تک سرطان کے پہنچنے سے مرض کی وہ قسم پیدا ہوجاتی ہے۔ جو **صدری سرطان** (cancer en cuirasse) کے نام سے مشہور ہے۔ صدری ردا اور عضلہ کے مجاری لمف کے جو ربط پستان کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، انکے ذریعہ سے سرطان پستان ان ساختوں تک جلد پھیل جاتا ہے۔ اور پھر سرطان عمقی محل کی ساختوں کے ساتھ مضبوطی سے ثبت ہوجاتا ہے۔ اکثر عروق لمف پستان سے **صدری غدد** (pectoral glands) میں جاتے ہیں جنکی مقدار چھ سے آٹھ تک ہوتی ہے اور جو بغل کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ نیز یہ **مرکزی بغلی گروہ** (central axillary set) میں بھی جاتے ہیں۔ انکی تعداد بارہ سے پندرہ تک ہوتی ہے اور یہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے اور بغلی ورید کے اندر کی طرف واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۸)۔ عروق لمف ان دو گروہوں سے **عمیق بغلی غدد** (deep axillary glands) میں جاتے ہیں جو بغلی عروق کے سامنے کی اور اندر کی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان غدد کو جو بغلی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں مناسب طریقہ سے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے تاوقتیکہ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کا تمام خطہ صاف نہ کرلیا جائے۔ لہذا سرطان پستان کے لئے جو اصولی عملیہ سرانجام دیا جائے اس میں عضلات صدریہ صغیرہ (pectoral minor muscles) کی برآوردگی ہمیشہ شامل ہونا چاہیئے۔ عمیق بغلی غدد کا زیرین عمیق عنقی غدد سے تسلسل قائم ہوتا ہے اور اسی راستہ سے سرطان کا رجحان زیادہ تر

منتشر ہونے کی طرف ہوتا ہے مگر پستان کے اندرونی قطعہ میں سے بھی عروق لمف نکلتے ہیں اور مقدم بین ضلعی غدد میں جو اوپر کی چار بین فضائی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں چلے جاتے ہیں۔ نیز گاہے گاہے
چند عروق قیفالی غدہ (cephalic gland) تک بھی جاتے ہیں جو عضلہ والیہ (deltoid) اور 243
عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی فرجہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔



شکل ۸۵۔ پستان اور بغل کے لمفی عروق اور غدد۔
(پوآئے ریئر Poirier: سے ترمیم کردہ۔)

ہینڈلے (Handley) نے دریافت کیا ہے کہ سرطان پستان میں نیچے کی طرف عروق لمف میں 244
منتشر ہونے اور برمعدی مثلث تک پہنچ جانے کا ایک رجحان بھی پایا جاتا ہے۔ یہاں پر یہ عروق ڈایافرام کے اوپر اور نیچے کے عروق لمف سے ملنے کے لئے دیوار شکم کو منثقب کرتے ہیں۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اسی ربط کی وجہ سے سرطان پستان کے واقعات میں جگر ثانوی مطروحات کا محل ہوتا ہے۔ جب طبعی مجاری سرطانی حملہ سے مسدود ہو جاتے ہیں تو لمف دور کے راستوں سے جاتا ہے۔ زیر کتفی غدد (subscapular glands) بھی جو بغل کی موخر دیوار پر زیر کتفی عروق کو گھیرے

ہوتے ہیں، بعض اوقات دررگیختہ ہوجاتے ہیں۔ بازو کے عروق لمف کے ذریعہ سے جو مرکزی بغلی غدد میں آکر ختم ہوتے ہیں کندھے کے اردگرد کی ساختیں بعض اوقات عضیل بازو (brawny arm) یا جلدی کربیچوں کی شکل میں ثانوی سطروح کا محل بنجاتی ہیں۔ اور ایک پستان کے لمفی نظام کے دوسرے پستان کے لمفی نظام سے قص پر سے مربوط ہونے کی وجہ سے دوسری طرف کے پستان یا دوسری طرف کی بغل میں ثانوی سطروح پیدا ہوجاتا ہے۔

صدری لمفی ضفیروں کو علٰحدہ علٰحدہ نظامات تصور نہ کرنا چاہئے۔ زیادہ صحیح خیال یہ ہے کہ تمام دھڑ پر عروق لمف کی ایک مشبک صدار یا انکا ایک جال موجود ہوتا ہے۔ دونوں فوق سُرّی حصوں کی سیلیت فرداً فرداً دائیں اور بائیں بغلوں کی طرف ہوتی ہے۔ اور زیر سرّی حصوں کی جنگاسوں کی طرف ہوتی ہے مگر اپنے کناروں پر ہرایک لمفی میدان اپنے قریبی میدانوں سے رابطہ رکھتا ہے۔

بین ضلعی زراعیتی (intercosto-humeral) عصب بغلی غدد کے مرکزی گروہ کو منثقب کرتا ہے۔ جب ان غدد پر سرطان کا حملہ ہوتا ہے تو اس عصب کے مضغوط ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے اور اس سے بازو کی موخر جانب پر کہنی کے اوپر درد پیدا ہوجاتا ہے جو اس عصب کے انتہائی سرے سے منسوب ہوتا ہے۔ عضدی ضفیرہ (brachial plexus) کے مختلف حصے بھی بعض اوقات متاثر ہوجاتے ہیں یا بغلی ورید یا عروق لمف مسدود ہوجاتے ہیں اور بازو نتیجۃً متورم اور متہیج ہوجاتا ہے۔ 245

شریانوں کے مندرجۂ ذیل گروہ اس غدہ کو رسد پہنچاتے ہیں اور اس عضو کے استیصال کے دوران میں کاٹے جاتے ہیں۔ (۱) جانبی (طویل) صدری، جناحی صدری (alar thoracic)، اکرومی صدری محور (acromio-thoracic axis) کی صدری شاخیں۔ (۲) داخلی پستانی شریان کی مقدم ثاقب شاخیں جو دوسری تیسری اور چوتھی بین ضلعی فضاؤں میں نکلتی ہیں۔ (۳) دوسری تیسری اور چوتھی بین ضلعی شریانوں کی جانبی شاخیں۔

مستزاد حلمے اور پستانیں بھی پائی جاتی ہیں اور یہ بالعموم ایک خط میں بغل اور جنگاسے کے درمیان ملتی ہیں۔ تمام پستانیوں کے مضغی مرحلۂ حیات میں اس محل پر

ایک برناہفی پستانی حید موجود ہوتا ہے۔ آدمی میں یہ سوائے ایک مقام کے غائب ہو جاتا ہے مگر گاہے گاہے کوئی منفرد حصہ برقرار بھی رہ جاتا ہے اور اس سے آیندہ چلکر پستان بنجاتی ہے۔ علم جنینیات پستان کے سرین یا کمر پر واقع ہونے کی جہاں یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے توجیہ کرنے سے قاصر ہے۔

صدری احشاء

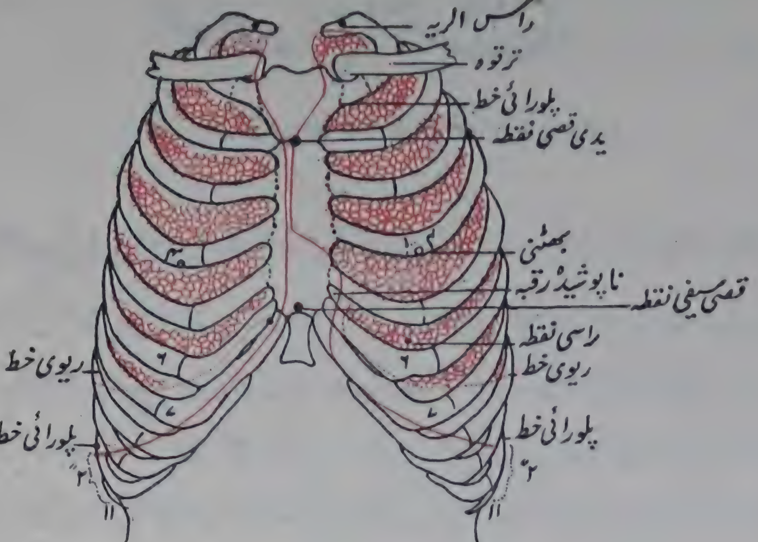
(THE THORACIC VISCERA)

پھیپھڑا۔ پھیپھڑے کا راس گردن میں ترقوہ کے اندرونی نصف سے ایک انچ سے
لیکر دو انچ اوپر تک پہنچا ہوتا ہے۔ بالغوں کی اکثریت میں اسکا بلند ترین حصہ ترقوہ کے قصی سرے
سے ۱½ انچ اوپر اور قصی حلمی (sterno-mastoid) عضلہ کے قصی اور ترقوی سروں کے
درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۹)۔ دونوں پھیپھڑوں کے اگلے کنارے قصی ترقوی
مفاصل کے پیچھے سے گذر کر وسطی خط میں قصی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis)
پر ملجاتے ہیں۔ یہاں سے دائیں پھیپھڑے کی کور قص کے خط وسطی کے پیچھے پیچھے عموداً نیچے کی طرف کو
چھٹے غضروفی قصی مفصل تک چلی جاتی ہے جہاں سے یہ چھٹے غضروف کے خط کے ساتھ ساتھ نیچے کیطرف کو 246
اتر جاتی ہے۔ بائیں پھیپھڑے کی کور دائیں کی کور کے چوتھے غضروفی قصی مفصل تک قریب رہتی
ہے اور یہاں سے یہ اس خط کے ساتھ ساتھ جو چوتھے غضروف سے راس قلب کے نزدیک تک کھینچا
گیا ہو بائیں طرف کو چلی جاتی ہے (شکل ۵۹)۔ گاہے گاہے یہ منفرج نہیں بھی ہوتی اور گرد قلبہ کو
قص کی کور تک پوشیدہ کئے ہوتی ہے۔

بچہ میں تیموسیہ (thymus) کی وجہ سے پھیپھڑوں میں سامنے کی طرف زیادہ فاصلہ پایا جاتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا خط وسطی تک پہنچتا ہے مگر بایاں قص کی صرف بائیں کور تک ہی آتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ پھیپھڑے کے زیرین کنارہ کو ظاہر کرنے کا آسان ترین اور سب سے زیادہ صحیح طریقہ مندرجۂ ذیل ہے (شکل ۵۹)۔ چھٹے ضلعی غضروف کے ساتھ ساتھ

اس کے قصی سرے سے لیکر پیچھے کے سرے تک ایک خط کھینچ دیا جاتا ہے اور پیچھے کے سرے سے یہ خط جسم کے گرد افقی رخ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے - یہ معلوم ہو جائیگا کہ یہ خط پیچھے کیطرف وسطی خط کو گیارھویں ظہری شوکہ (ضد میلانی شوکہ :anticlinal spine) پر یا اسکے نزدیک ہی کاٹتا ہے -

پلورا کا تناظر کنارہ پھیپھڑے کے زیرین کنارہ کا متوازی نہیں ہوتا - یہ اس خط سے



شکل ۵۹ پھیپھڑوں اور پلورا کی سطحی نشان نگاری کو ظاہر کرتی ہے۔

247 ظاہر کیا جاتا ہے جو ساتویں ضلعی غضروف کے قصی سرے سے لیکر اسکے پیچھے کے سرے تک کھینچا جائے اور یہاں سے یہ زیر ضلعی حاشیہ کے زیر ترین حصہ سے ۲ انچ اوپر تک بڑھا دیا جائے اور پھر پیچھے کی طرف وسطی خط تک کھینچ دیا جائے جسے یہ بارھویں ظہری شوکہ پر یا اسکے قریب ہی کاٹتا ہے - اوپر کی طرف ریوی خط اور نیچے کی طرف پلورائی خط کے درمیان ڈایافرام چھاتی کی دیوار سے مس کرتا ہے اور انکے درمیان صرف پلورا کا ضلعی ڈایافرامی (costo-phrenic) انعکاس ہی حائل ہوتا ہے - بائیں جانب پر یہ خطوط قص سے مختلف فاصلوں پر شروع ہوتے ہیں —— ۱ انچ کی رعایت پلورا کے لئے اور $2\frac{1}{2}$ انچ کی پھیپھڑے کے لئے دینا چاہئے (شکل ۵۹)- پلورا بارھویں

پسلی سے علاقہ رکھتا ہے۔ مگر گاہے گاہے یہ اس پسلی کی گردن کے نیچے ½ انچ یا اس سے زائد فاصلہ تک چلا جاتا ہے۔ اور گردہ کے عملیہ جات میں اسکے زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچہ میں بالغ کی نسبت یہ اور نیچے تک چلا جاتا ہے۔ بایاں پھیپھڑا دائیں کی نسبت زیادہ لمبا، زیادہ تنگ اور زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور اس سے ذرا نچلے لیول تک پہنچتا ہے۔

جو ثاقب زخم پلورا پر اثر انداز ہوتے ہیں ان میں ہوا کے

پلورائی کہفہ میں داخل ہونے کا امکان ہوتا ہے جس سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہوجاتا ہے، اور بعد ازاں یہ ہوا تنفسی حرکات سے دب کر جداری پلورا کے زخم کے راستہ سے بعض اوقات زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس سے جراحی نفاخہ (surgical emphysema) پیدا ہوجاتا ہے۔ پھیپھڑے کے ضربات میں جبکہ خارجی زخم پیدا نہ ہوا ہو، مثلاً جب یہ عضو مکسور پسلی سے دریدہ ہوجاتا ہے، ہوا پھیپھڑے سے نکلکر پلورا میں اور یہاں سے پلورائی زخم میں سے زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے، اور اس طرح استرواح الصدر pneumothorax)، اور نفاخہ (emphysema) دونوں پیدا ہوجاتے ہیں۔

زمانہ جدید کی تیز رفتار گولیاں رئوی بافتوں کو زیادہ نقصان پہنچانے یا پلورائی فضا میں
48 زیادہ نزف (دمی الصدر: hæmothorax) پیدا کرنے کے بغیر پھیپھڑوں میں سے گزر جاتی ہیں، اور
اس نتیجہ کے پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ پھیپھڑوں میں ہوا موجود ہوتی ہے جو دب سکتی ہے اور یہ ایک لچکدار دیواروں والے کہفہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اگر یہی گولی کسی ہڈی کے لبی کہفہ یا کھوپری میں داخل ہو تو دھماکے کا اثر پیدا کرتی ہے۔ کیونکہ ہڈی کا گودا یا بھیجا لچک نہیں سکتا اور ایک بند خانہ میں محبوس ہوتا ہے۔

یہ معلوم کرنا بھی مناسب ہوگا کہ نفاخہ (emphysema) صدر کے بعض غیر ثاقب زخموں کے آس پاس بھی پیدا ہوسکتا ہے جبکہ یہ مصراعی قسم کے ہوں۔ ایسی حالتوں میں ہوا تنفسی حرکت کے دوران میں زیر جلدی بافتوں میں کھنچ جاتی ہے اور دوسری حرکت سے دب کر خلوی بافت میں چلی جاتی ہے اور زخم کی مصراعی ماہیت اسکو باہر نکلنے سے روک دیتی ہے۔ شدید عضلی جہد کے دوران میں، مثلاً بچہ پیدا ہوتے وقت پھیپھڑے کے کسی ہوائی کیسہ کے پھٹ جانے سے صدر اور گردن کا وسیع نفاخہ (emphysema) پیدا ہوجاتا ہے۔ جب پلورائی کہفہ،

کھولا جاتا ہے تو پھیپھڑوں میں کچھ لچکدار بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے قدرے ہبوط واقع ہوجاتا ہے، مگر جس حد تک یہ واقع ہوتا ہے اسکے متعلق بہت سی غلط فہمی پائی جاتی ہے پھیپھڑے کی ہوا میں سے نصف یا دو تہائی حصہ جیسا کہ بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے ثقلی ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑے کے منفعلی ہبوط سے خارج نہیں ہوسکتا۔ جب دیوارِ شکم کے عضلات کی زفیری مساعی سے ڈایا فرام اوپر کی طرف کو اٹھ آتا ہے اور پسلیاں نیچے کی طرف کو کھنچ جاتی ہیں تو صدری فضاؤں کی جسامت بعض اوقات اسقدر کم ہوجاتی ہے کہ پھیپھڑا اس میں بآسانی سما نہیں سکتا، اور اگر مزمار بند ہو تو چھاتی کے زخم میں سے پھیپھڑے کا فتق واقع ہوجاتا ہے لیکن اگر پلورائی کہفہ میں کوئی مصراعی سوراخ موجود ہو جس سے ہوا اندر چوسی جاسکتی ہو مگر باہر نہ نکل سکتی ہو تو ہر ایک تنفسی حرکت سے پلورائی فضا میں ہوا کی مقدار بڑھتی جاتی ہے اور اسکے بعد ضغطۃ الریہ اور اختصاص (suffocation) جلد واقع ہوجاتا ہے۔ اگر تندرست پلورائی کہفہ میں ہوا یا سیال داخل کردیا جائے تو وہ جلد جذب ہوجاتا ہے۔ پلورا پلورائی انصباب یا خون کی نسبت ہوا کو بہت جلد جذب کرلیتا ہے۔ اسی لئے خون یا سیال کے نکالتے وقت اسکی جگہ مصفی ہوا کا مساوی
249 حجم داخل کرنے کا رواج پایا جاتا ہے۔ جوں جوں ہوا جذب ہوتی جاتی ہے پھیپھڑا اس خلا کو پُر کرنے کے لئے جو اسطرح پیدا ہوجاتا ہے پھیلتا جاتا ہے۔ میکیون (Macewen) کی یہ رائے ہے کہ وہ کششِ شعری جو پلورا کی حشوی اور جداری تہوں کے درمیان موجود ہوتی ہے پھیپھڑے میں ہبوط واقع نہیں ہونے دیتی۔

پھیپھڑے کے زخموں میں خون تین سمتوں میں بہ سکتا ہے:۔ اس عضو کی بافتوں میں (رئوی سکتہ: pulmonary apoplexy)، شعبتوں میں (جس سے نفث الدم پیدا ہوجاتا ہے)، اور پلورا میں (جس سے دمی الصدر: hæmothorax پیدا ہوجاتا ہے)۔ کچھ مثالوں میں پھیپھڑا زخم اور پسلی کے کسر کے موجود ہونے کے بغیر بھی منشق ہوچکا ہے۔

چونکہ اسکے عروق شعریہ باریک ہوتے ہیں اور نیز تمام وریدی خون کو جو قلب میں واپس آتا ہے قبل اسکے کہ یہ جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ سکے پہلے پھیپھڑوں میں سے گزرنا ضروری ہوتا ہے، اسلئے یہ ظاہر ہے کہ تقیح الدمی (pyæmic) اور دیگر ثانوی مطروحات دوسرے احشاء کی نسبت پھیپھڑے میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

پھیپھڑوں میں جوف تدرن یا گنگرین یا تمدد الشعبہ (bronchiectasis)

سے پیدا ہو گئے ہوں انمیں شگاف دینے اور انکی سیلیت کا انتظام کرنے میں کامیابی ہوتی ہے اور یہی ترکیب پھیپھڑے کے کیسیتی دویروں (hydatid cysts) میں بھی استعمال کیجاتی ہے۔ پھیپھڑے کے گہرے شگافوں سے جو نزف واقع ہوتا ہے وہ اس نزف سے جسکی اس قسم کے کثیر العروق عضو سے توقع کیجاسکتی ہے کم ہوتا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن میں پلورائی انضمامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور اسطرح پھیپھڑا چھاتی کی دیوار سے مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے جس حصہ میں بڑا سا کہفہ ہو اس میں ہبوط پیدا کرنے کے لئے جس سے کہ کہفہ مسدود ہو کر مندمل ہوسکے یہ مشق شروع کیگئی ہے کہ انضمامات کو یا تو عملیتی زخم میں سے یا چھاتی کی دیوار میں سے چاقو یا مکواۃ گزار کر توڑ دیا جائے۔ اس اثنا میں اندر کا منظر دیکھنے کے لئے پلورائی کہفہ میں کسی دوسری بین ضلعی فضا میں سے دروں بین (endoscope) داخل کرلی جاتی ہے

پلورا کی عصبی رسد۔ پلورا کے حاد التہاب میں درد بعض اوقات بہت
شدید ہوتا ہے اور ماؤف طرف کے تنفسی حرکات میں بہت تخفیف ہوجاتی ہے۔ اگر درد صدر کے 250
زیریں حصہ میں ہو تو درد بعید شکم میں بھی محسوس ہوسکتا ہے۔ ان امور کی توضیح پلورا کی عصبی رسد ہی سے ہوسکتی ہے۔ ضلعی پلورا کی رسد ہم پہلو بین ضلعی اعصاب سے آتی ہے جو متناظر بین ضلعی عضلات کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ جب پلورا کے ماتحت حصے ملتہب ہوجاتے ہیں تو ان عضلات میں امتناع واقع ہوجاتا ہے۔ نیچے کے چھ ظہری اعصاب دیوار شکم کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ لہذا جو درد ضلعی پلورا میں اٹھتا ہے اسکو مریض شکم سے بھی منسوب کرسکتا ہے! اور اسلئے غلطی سے بالخصوص بچوں میں حاد مرض شکم تشخیص کردیا جاتا ہے۔ ڈایافرامی اور منصفی پلورا کو ڈایافرامی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے اور ان حصوں میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ گردن یا کندھے سے منسوب ہوسکتا ہے۔ عنقی پلورا کو بھی ڈایافرامی عصب ہی سے رسد پہنچتی ہے (ایچ۔ ایم جانسٹن -(H. M. Johnston:

قصبہ سامنے کی طرف قصی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis) کے اتصال کے مقابل اور پیچھے کی طرف چوتھے ظہری فقرہ کے مقابل تقسیم ہوتی ہے۔ دونوں شعبتوں کے درمیانی زاویہ میں لمفی غدد کے سلسلے موجود ہوتے ہیں اور یہ شعبتوں کے ساتھ ساتھ پھیپھڑوں کی جڑوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غدد پھیپھڑوں کے التہابی عوارض میں کلانی یافتہ

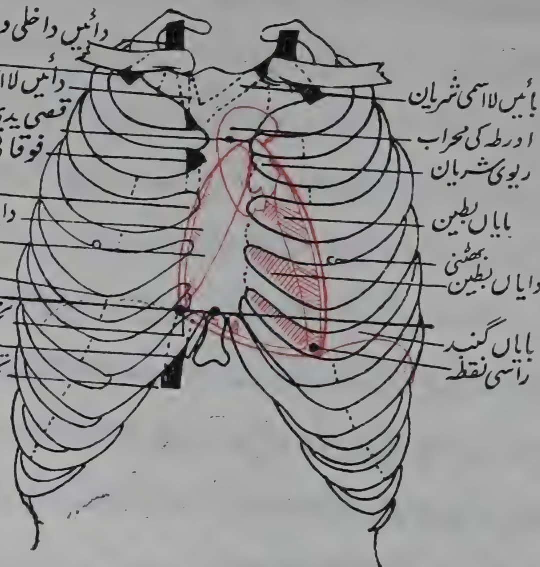
ہوجاتے ہیں۔ اوران سے اوپر کے پانچویں ظہری فقرات کی دونوں طرف صدر کی شعاعی نگارش میں عتمات (opacities) پیدا ہوجاتے ہیں اور قرعہ پر ثقل ظاہر ہوتا ہے (کلائیو ریویئر (Clive Riviere:-

قصبہ اور شعبتوں کے اندر کے اجسام غریبہ کی اب شعبہ بین (bronchoscope) سے تعیین مقام کیجاسکتی ہے اور یہ اسکے ذریعہ سے نکالے جا سکتے ہیں۔ جہاں قصبہ دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں کی غشائے مخاطی بہت ہی حساس ہوتی ہے۔ اور ثانوی شعبتی نالیوں کے دہنہ جات اس دائری عضلی نظام کے اثر سے جو ان نالیوں کی دیواروں میں موجود ہوتا ہے منقبض اور منبسط ہوتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

پھیپھڑے کی جڑ اور شعبتوں کو صدر کی ظہری دیوار کو کتف کے فقری کنارہ کے پیچھے سے کھولنے سے منکشف کیا جاسکتا ہے۔ رسل (Russell) اور فاکس (Fox) نے ایک لڑکے کا واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک ۳ انچ لمبا پن سر کے بل قصبہ میں اتر گیا تھا اور انجام کار بائیں شعبہ کی زیرین شاخ میں اٹک گیا تھا۔ انھوں نے پچھلی طرف سے آٹھویں پسلی کا استیصال جزوی کیا اور پھیپھڑے
کو آگے کی طرف کو دھکیل کر تاکہ شعبہ جڑ پر معرا ہوجائے پن نکال لیا۔ پھیپھڑے کی جڑ کو جگہ پر 251
قائم رکھنا ضروری ہے۔ گرد قلبہ کے ذریعہ سے یہ ڈایافرام کے ساتھ بندھی ہوتی ہے اور اس عضلہ کے حرکات کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔ مذکورہ بالا واقعہ میں لڑکا عملیہ کے بارہ دن بعد شفاخانہ چھوڑنے کے قابل ہوگیا تھا۔

قلب اور گرد قلبہ۔ گرد قلبہ کا محل اور اسکی وسعت صدر کی سطح پر مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کیجاسکتی ہے (شکل ۶۰)۔ تین نقطے مقرر کرلئے جاتے ہیں:۔ (۱) **راسی** (apical)- ضرب راس پر پانچویں بائیں بین ضلعی فضا میں قص سے ۳½ انچ کے فاصلہ پر۔ (۲) **قصی یدی** (sterno-manubrial) دوسرے ضلعی غضروفوں کے منتہاؤں کے درمیان وسط پر۔ (۳) **تحتانی اجوفی** (inferior caval)۔ قصی سیفی (sterno-ensiform) (قصی خنجری (sterno-xiphoid:) نقطہ سے ایک انچ دائیں طرف اور تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) کے اختتام کے عین اوپر۔ جب ان نقاط کو منحنی خطوط سے ملا دیا جاتا ہے جیسا کہ شکل ۶۰ میں دکھایا گیا ہے تو گرد قلبہ اور اسکے مشمولات کے اوپر کے رقبہ کی نشاندہی

ہو جاتی ہے۔ نیچے کا خط قصی خنجری نقطہ کے نیچے سے ½ انچ یا اس سے زائد فاصلہ پر گزرتا ہے۔ اگر ایک میزل (trocar) زائدہ خنجریہ اور ساتویں بائیں ضلعی غضروف کے درمیان کے زاویہ میں پیچھے کی طرف کو بھونک دیا جائے تو یہ ڈایافرام کے عین اوپر گرد قلبہ میں داخل ہو جاتا ہے۔ اس زاویہ میں سے گرد قلبہ کی سیلیت بھی کیجا سکتی ہے اور پانچویں اور چھٹے غضروفوں کے کچھ حصہ کا



شکل ۶۰۔ گرد قلبہ اور قلب کا تعلق قص اور پسلیوں کے ساتھ۔

252 جزئی استیصال کرنے سے اسکے کہفہ کا استقصا کیا جا سکتا ہے۔ گرد قلبہ کا دایاں کنارہ گہرا واقع ہوتا ہے، اور دائیں پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۶۰)۔ تندرستی کی حالت میں اسکو قص کے دائیں کنارہ سے ایک انچ سے زیادہ نہ نکلنا چاہیئے۔

اذینوں اور بطینوں کے علاوہ گرد قلبہ میں مندرجہ ذیل حصے شامل ہوتے ہیں۔ تحتانی اور فوقانی اجوف وریدوں کے اختتام، اورطہ صعودی اور ریوی شریان۔ ان حصوں اور اورطہ کی محراب اور اسکی شاخوں کا محل شکل ۶۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ معلوم ہو جائے گا کہ قلب کی

مقدم سطح کا دو تہائی سے زائد حصہ دائیں بطین اور اذین سے بنتا ہے۔ لہٰذا قلب کی ہولوں میں یہی
حصے بالعموم منثقب ہو جاتے ہیں۔

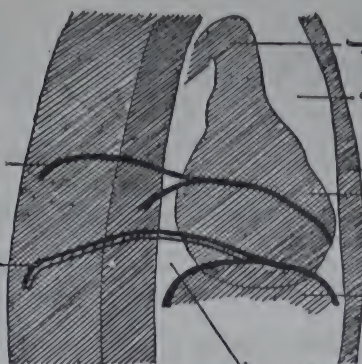
عملیتی علاج کے لئے قلب کو چوتھے اور پانچویں بائیں ضلعی غضروفوں کے سروں کو ایک
انچ یا اس سے زاید کاٹ دینے سے منکشف کیا جا سکتا ہے۔ اس حشا کو آزادی سے پکڑا جا سکتا ہے
اور اسمیں ٹانکے لگائے جا سکتے ہیں۔ جراح کا کام اسکے سریع حرکات اور گرد قلبہ اور ڈایافرام
کے تنفس سے ہلنے کی وجہ سے مشکل ہو جاتا ہے۔ جب قلب میں زخم آجاتا ہے تو خون گرد قلبہ میں
بہ آتا ہے جس سے اذین مضغوط ہو جاتے ہیں اور خون کا داخلی بہاؤ بند ہو جاتا ہے۔ اسیطرح
گرد قلبہ کے استسقاء سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو بطین کا زخم
اسکی دیواروں کی دبازت کے اور اسکی استعداد انقباض اور جریان خون کو بند کر دینے کی
قابلیت کے موجود ہونے کے باعث اتنا جلد مہلک ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ اذین کا زخم ثابت 253
ہوتا ہے۔ یہ ظاہر کرنے کے لئے ایسی بہت سی مثالوں کا اندراج کیا گیا ہے کہ قلب بعض اوقات
اپنے جسم میں اجسامِ غریبہ کو ایک بڑی حد تک برداشت کر لیتا ہے۔ چنانچہ ایک آدمی جس کے
قلب میں سے ایک سیخ ایک جانب سے دوسری جانب تک گزری ہوئی تھی بیس دن تک
زندہ رہا (فیرس :Ferrus)۔ ایک اور واقعہ میں ایک دیوانہ نے لوہے کی ایک ۶ انچ سے
زیادہ لمبی سلاخ اپنی چھاتی میں یہاں تک بھونک لی کہ وہ نظر سے غائب ہو گئی، مگر وہ جلد کے
نیچے قلب سے نبضان وصول کرتی ہوئی محسوس کیجا سکتی تھی۔ اسکی موت اس سے ایک سال بعد
واقع ہوئی اور یہ معلوم ہوا کہ دھات کا ٹکڑا نہ صرف پھیپھڑوں ہی میں سے گزرا تھا بلکہ بطینی کہفہ جات
میں سے بھی گزر گیا تھا (ٹلو :Tillaux)۔ مزید برآں قلب ان اجسام غریبہ کا متحمل بھی ہوتا ہے
جو اسکے کو شکوں میں پڑے ہوئے ہوں۔ جنگ عظیم کے دوران میں سپاہیوں کی ایک معتدبہ تعداد
میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ دائیں بطین میں گولی یا کوئی ٹکڑا آزاد پڑا ہے مگر اسکے باوجود دیوار قلب
میں کوئی زخم کسی جگہ بھی موجود نہیں۔ ایسی حالتوں میں گولی بڑی بڑی وریدوں میں سے کسی ایک میں
داخل ہو جاتی ہے اور وریدی خون کے ساتھ ہی دائیں کو شکوں میں بہ کر آجاتی ہے۔ جسمِ غریب
ریوی شریان میں کسی واقعہ میں نہیں گیا۔ قلب کے زخموں میں ٹانکے لگائے جا چکے ہیں اور ٹانکا
لگانے سے اس کے فعل میں صرف وقتی اختلال ہی واقع ہوا ہے۔ ٹریورس (Travers) نے دائیں
بطین کے ایک زخم کو ٹانکے لگائے ہیں جسمیں انسداد نزف کے لئے وہ تین انگلیاں ڈال سکتا تھا۔

جہانتک چھاتی کے زخموں کا تعلق ہے، ویلپو (Velpeau) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکے صدر میں ایک پترا پایا گیا تھا جس سے چھاتی کی پسلیوں سے لیکر عمود فقری تک عبوری تثبیت ہو گئی تھی! اور یہ موت سے پندرہ سال پہلے داخل ہوا تھا۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں گاڑی کی ایک بم موجود ہے جو بائیں جانب کی پسلیوں میں گھس کر تمام چھاتی میں سے گزر گئی تھی اور دائیں جانب کی پسلیوں میں سے باہر نکل آئی تھی یہ مریض دس سال تک زندہ رہا تھا۔

گرد قلبہ کا بزل۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے گرد قلبہ کا بزل یا اسکی میسلیت بائیں ضلعی سیفی (costo-ensiform) زاویہ میں سے کیجا سکتی ہے (صفحہ 252) (شکل ٦٠)۔ جس حد تک یہ بائیں پلورا اور پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے وہ نہایت ہی تغیر پذیر ہے۔ مگر اکثر حالتوں میں اسکا بزل چوتھی اور پانچویں بائیں فضاؤں میں قص سے ایک انچ کے فاصلہ 254 پلورا کو ضرر پہنچائے بغیر کیا جا سکتا ہے۔ داخلی پستانی (internal mammary) شریان ان فضاؤں میں قص سے ½ انچ کے فاصلہ پر پہنچنے کی طرف کو آتی ہے اور ساتویں غضروف کے پیچھے فوقانی برمعدی (superior epigastric) اور عضلی ڈایا فرامی (musculo-phrenic) شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔

مناصف (mediastina) مقدم منصف میں خراج یا تو علی محلہ پیدا ہو جاتا ہے یا گردن سے پھیل کر یہاں تک آجاتا ہے۔ علیٰ ہذا موخر منصف کے خراجات یا تو ہم پہلو عمود فقری کے امراض سے یا ہم پہلو لمفی غدد کے امراض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا مادہ کے کسی پس بلعومی یا پس مریوی اجتماع کے نیچے کی طرف پھیلنے سے ظہور میں آتے ہیں۔ دروں صدری مرض کی تشخیص کے لئے رونجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال کرنے سے **تنفسی حرکات** اور **صدری احشاء کے تعلقات** کے سلسلہ میں ہمارے علم میں بہت سی توسیع ہو گئی ہے۔ شکل ٦١ میں (جو ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls Dally: کی احتیاط سے کھینچی ہوئی ایک تصویر سے لیگئی ہے، ان زیادہ اہم حصوں کا خاکہ

کھینچا گیا ہے جو چھاتی کا اس محور میں امتحان کرنے سے دکھائی دیتے ہیں جو مریض کے دائیں حلمہ اور بائیں کتف میں سے گزرتا ہے ۔ قلب اور جگر دوران شہیق میں پیچھے اور آگے کی طرف کو اور دوران زفیر میں اوپر اور پیچھے کی طرف کو سایہ کی طرح حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب ڈایا فرام نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور قلب عمود فقری سے دور ہو جاتا ہے تو موخر منصف جس میں اورطہ اور مری ہوتے ہیں آر پار مشع مثلث کی شکل کا دکھائی دیتا ہے ۔ دوران شہیق میں



شکل ۱۶۱ - صدر کی صحیح دروں نگارش -

(ڈاکٹر ہالس Dr. Halls Dally: کے مطابق۔)

حصوں کی وضع انتہائی شہیق کی حالت میں ظاہر کیگئی ہے اور ڈایا فرام اور جگر کی جو وضع زفیر کے دوران میں ہوتی ہے وہ بھی دکھائی گئی ہے ۔

255 پھیپھڑے بھی صاف نظر آتے ہیں اور زیادہ شفاف ہوجاتے ہیں ۔ مزید برآں مقدم منصف بھی ایک صاف فضا کی شکل میں دکھائی دیتا ہے ۔ فوقانی منصف میں اورطہ کی محراب ید (manubrium) سے لیکر پیچھے کی طرف کو چوتھے ظہری فقرہ تک جاتی ہوئی دکھائی دیتی ہے ۔ جس شخص سے یہ شکل بنائی گئی تھی اسمیں ڈایا فرام کی انتصابی حرکت ۳ انچ تک تھی ۔ طبعی شہیق میں انتصابی حرکت ½ سے لیکر ¾ انچ تک ہوتی ہے اور یہ حرکت ایک پسلی کی چوڑائی کے برابر ہوتی ہے۔

مجرد وریدیں (azygos veins) جو دراصل نیچے کی طرف سے

قطنی وریدوں سے شروع ہوتی ہیں اور مشترک حرقفی (common iliac)، گلوی (renal) اور ورید اجوف (vena cava) کی دیگر معاون وریدوں سے کم و بیش بلاواسطہ ربط و راہ رکھتی ہیں، فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) کے انتہائی حصہ کے انسداد کی حالتوں میں وریدی دوران خون کو ایک بڑی حد تک قائم رکھ سکتی ہیں - ایسا کرنے میں ان کو داخلی پستانی شریان کی رفیق وریدوں اور برمعدی (epigastric) وریدوں سے مدد ملتی ہے - مزید برآں بین فقری وریدیں بھی بہت کلانی یافتہ ہوجاتی ہیں اور فوقانی اور تحتانی اجوف نظاموں کے درمیان یہ نفیس مجاری کا کام دیتی ہیں -

ایسے سلعات (مثلاً کلانی یافتہ غدی تودے) سے جو موخر منصف میں پیدا ہوتے ہیں ان وریدوں کے دب جانے کا احتمال ہوتا ہے اور اسلئے ان بین ضلعی وریدوں کے احتقان سے جو انمیں آکر شامل ہوتی ہیں چھاتی میں کسیقدر تہیج پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے - موخر منصف
256 میں جو سلعات پیدا ہونے ہیں ان سے قصبہ یا غذا کی نالی پر دباؤ پڑنے یا عصب تائیہ (vagus) یا حبل مشارکی میں خلل آنے سے تکلیف پیدا ہوجاتی ہے - قصبہ اور شعبتوں اور مری کے اردگرد جو کثیر التعداد لمفی غدد موجود ہوتے ہیں وہ اکثر تدرن کا محل بنجاتے ہیں - یہ ان اعضا کے ساتھ منضم ہوجاتے ہیں اور بعض اوقات انمیں گھس کر متقرح ہوجاتے ہیں -

اس مبہم سے عارضہ میں جو **حالت لمفیہ** (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے **غدہ تیموسیہ** بالعموم بہت کلانی یافتہ پایا جاتا ہے - یہ مقدم منصف میں واقع ہوتا ہے اور گرد قلبہ کے بالائی حصہ اور قلب کے بڑے بڑے عروق کے سامنے اور قص کے اس حصہ اور ان غضروفوں کے پیچھے جو پسلیوں کے تیسرے جوڑ کے اوپر واقع ہوتے ہیں متمکن ہوتا ہے - اسکے اطراف منصفی پلورا کے انعکاسات سے ڈھکے ہوتے ہیں - کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں یہ بڑے بڑے عروق اور قصبہ اور شعبتوں پر دباؤ ڈالتا ہے جس سے کسیقدر انسداد پیدا ہوجاتا ہے مگر یہ انسداد اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ اس سے فوری موت کی جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) میں واقع ہوتی ہے توجیہ ہوجائے - غدہ تیموسیہ لمف آسا بافت سے مرکب ہوتا ہے اور تقریباً اٹھارویں سال میں اپنی اعظم جسامت (۳۶ گرام = $\frac{1}{4}$ ۱ اونس) کو پہنچتا ہے - اسکے بعد اسکی جسامت میں بتدریج تخفیف ہوجاتی ہے — مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ تخفیف زیادہ ہوتی ہے - بچہ میں بوقت پیدائش اسکا وزن ۱۲ گرام ہونا چاہئے -

اسکی شریانیں اور وریدیں جو داخلی پستانی (internal mammary) تحتانی درقی (inferior thyroid) اور لااسمی (innominate) عروق سے نکلتی ہیں صغیر الجسامت ہوتی ہیں - یہ غدہ ڈھیلی ڈھالی انصالی بافت سے اردگرد کی ساختوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ ترقوہوں کے سروں کے درمیان شگاف دیکر اس سے اسکو جزوی بلکہ کلی طور پر بھی علیحدہ کرنا ممکن العمل ہے ۔اس کے افعال مبہم ہیں مگر ہڈی کے نمو اور اسکی بالیدگی پر یہ بلاواسطہ اثر رکھتا ہے ۔ نمو کے لئے دیکھو شکل ۶۵ صفحہ 231-

صدری قنات

(thoracic duct) کریبل (Krabbel) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں نویں ظہری فقرہ کے کسر کے ساتھ صدری قنات میں بھی انشقاق واقع ہوگیا تھا- یہ مریض چند دنوں کے بعد مرگیا اور دائیں پلورا میں ایک گیلن سے زیادہ خالص کیلوس پایا گیا ۔ بالائی قطنی اور زیرین ظہری فقرات کے اجسام اکثر تدرن کا محل ہوتے ہیں اور اسیطرح پھیپھڑوں کے راسی حصے بھی۔ وڈجونس (Wood Jones) نے ان حصوں اور صدری قنات کے قریبی تعلق کی طرف اور اس قنات کے ذریعہ سے غذا کی نالی سے تدرنی حملہ کے اِن مقامات منتخبہ تک 257
پہنچ جانے کے امکان کی طرف توجہ دلائی ہے ۔

خزانہ کیلوس (receptaculum chyli) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے اجسام پر بنتا ہے! ور یہ قنات اس سے شروع ہوکر اوپر کی طرف زیرین ظہری فقرات کے سامنے سے موخر منصف میں چلی آتی ہے ۔ور گردن کی بائیں جانب پر داخلی وداجی (internal jugular) اور زیر ترقوی (subclavian) وریدوں کے مقام اتصال میں داخل ہوکر ختم ہوجاتی ہے اختتام کے قریب یہ اکثر ڈلٹا (delta) کی شکل میں شاخوں میں تقسیم ہوجاتی ہیں جو تعداد میں پانچ تک ہوتی ہیں ۔ التہابِ باریطون کے علاج میں سموم کو منقطع کرنے کے لئے اس مقام پر صدری قنات کی میسلیت کرنے کا مشورہ دیاجاتا ہے۔ مگر ابھی تک اس طریقہ کے کارگر ثابت ہونے کے دعویٰ کی نہ تو سریری بنا پر تصدیق کیگئی ہے اور نہ نظری بنا پر۔

معدہ کے سرطان کی حالتوں میں صدری قنات کے اختتام کے اردگرد کے لمفی غدد بعض اوقات مرض کے ابتدائی مدارج میں ہی ثانوی بالیدوں سے کلانی یافتہ ہوجاتے ہیں ۔ثانوی انتشار صدری قنات کے ذریعہ سے واقع ہوتا ہے ۔

حصہ سوم

جارحۂ اعلیٰ

باب یازدہم

کندھے کا خطّہ

کندھے کے خطہ کی بحث ترقوہ، کتف، ذراعیہ کے بالائی حصۂ اور ان نرم حصوں پر مشتمل ہے جو انکے اردگرد موجود ہوتے ہیں، نیز کندھے کا جوڑ اور بغل بھی اسمیں شامل ہیں۔

سطحی تشریح۔ ترقوہ، اکرومی زائدۂ اور کتفی شوکہ سب کے سب زیر جلدی ہوتے ہیں، اور انکو آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں جب کہ بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو ترقوہ عموماً عین افقی نہیں ہوتا۔ بخوبی نمو یافتہ افراد میں باہر کے سرے پر یہ ذرا اوپر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ عورتوں اور کمزور اشخاص میں اور ان مردوں میں جنکے شانے فراخ نہ ہوں ترقوہ بعض اوقات یا تو افقی ہوتا ہے یا اس کا بیرونی سرا نیچے کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں چونکہ جارحہ کا وزن دور ہوجاتا ہے

اس لئے اسکا بیرونی سرا قصی سرے کی نسبت اور بھی اونچا ہو جاتا ہے۔

ترقوہ کا دالی درنہ (deltoid tubercle) اگر کلاں ہو تو جلد میں سے محسوس کیا جا سکتا ہے اور غلطی سے نبیج العظم (exostosis) تصور کر لیا جاتا ہے۔ اکرومی ترقوی مفصل ایک انتصابی خط کے مستوی میں واقع ہوتا ہے جو بازو کی سامنے کی جانب کے وسط میں سے اوپر کی طرف کو گزرتا ہے۔ اس جوڑ پر بعض اوقات اس مقام پر جو مسطح ہونا چاہیئے ایک فراز محسوس کیا جا سکتا ہے۔ یہ فراز یا تو ترقوہ کے سرے کی کلانی سے پیدا ہوتا ہے اور یا اُس لیفی غضروف کے موٹا ہو جانے کی وجہ سے ظاہر ہوتا ہے جو بعض اوقات اس جوڑ میں پائی جاتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ رباطات کے کھنچ جانے کی وجہ سے ترقوہ کے اوپر کی طرف کو ذرا سا مخلوع ہو جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ امر یقینی ہے کہ خشک ہڈی میں ایسی کلانی شاذونادر ہی پائی جاتی ہے جس سے اس فراز کے اکرومی مفصل پر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہوتی ہو۔ مزید برآں اُن 259
افراد میں جنمیں عضلات بخوبی نمو یافتہ ہوں ترقوہ کا قصی حصہ اکثر عظیم الجسامت اور ضرورت سے زیادہ ابھرا ہوتا ہے اور اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ ہڈی یا مفصل میں کوئی ضرر موجود ہے درآنحالیکہ ضرر موجود نہیں ہوتا۔

کندھے کے اوپر کے حصہ کی گولائی اور اسکے ابھار کا انحصار عضلہ دالیہ (deltoid) کے نمو اور ذراعیہ کے بالائی سرے کے محل وقوع پر منحصر ہوتا ہے۔ عضلہ دالیہ کتفی نطاق (shoulder girdle) سے پردہ کی طرح لٹکتا ہے اور جس ہڈی کو یہ ڈھکتا ہے اسی کی وجہ سے یہ باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے۔ لہذا اگر ذراعیہ (humerus) کے سر کی جسامت کم ہو جائے جیسا کہ بعض منغرز کسور میں جو تشریحی گردن کے نزدیک واقع ہوں ہوتا ہے تو عضلہ دالیہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے اور اکرومی مقابلتہً نمایاں ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا جو حصہ عضلہ دالیہ کے نیچے محسوس کیا جاتا ہے وہ اسکا سر نہیں ہے بلکہ وہ اسکے حدیبہ جات ہیں جنمیں سے حدیبہ عظیم باہر کی طرف اور حدیبہ صغیر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ کندھے کا اسی قسم کا چپٹا پن عضلہ دالیہ کے ذبول سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ کندھے کے جوڑ کے مزمن التہاب مفصل اور بعض عضلی اسوائے تغذیہ (muscular dystrophies) اور ارب کے پیدائشی شلل (Erb's birth palsy) میں یا اور گاہے گاہے التہاب رماد النخاع مقدم (anterior poliomyelitis) میں یا بغلی (axillary) (منحنی: circumflex) عصب یا پانچویں اور چھٹی عنقی جڑوں کو نقصان پہنچنے

کی حالت میں ہوتا ہے۔

اس ہڈی کے سر کا معتدبہ حصہ بغل میں اوپر کی طرف کو انگلیاں لے جاکر محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس سے پہلے بازو کی زور سے تبعید کرلیجاتی ہے تاکہ ہڈی کا سر جوڑ کے کیسہ کے زیرین حصہ سے مس کرنے لگے۔ ذراعیہ کے سر کا رُخ زیادہ تر داخلی یا وسطانی سر قندال کے رخ میں ہوتا ہے۔ چونکہ یہ تعلق بلاشبہ ہڈی کی ہر وضع میں قائم رہتا ہے اسلئے یہ کندھے کی چوٹوں کا امتحان کرنے اور دست درزی سے خلوع کی ترجیع کرنے میں کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اس سر قندال سے ہڈی کے
260 بالائی سرے کی وضع معلوم کرنے کے لئے بطور اشاریہ کام لیا جاتا ہے۔

لاغر اشخاص میں کتف کا خاکہ اور اسکے کنارے کم وبیش واضح طور پر شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مگر شحیم اور قوی العضلات افراد میں سوائے شوکہ اور اکرومی کے ہڈی کے دیگر تمام حصص تک جارحہ کی معمولی وضعوں میں رسائی کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے فوقانی (وسطانی) زاویہ اور فقری کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے موضوع کے ہاتھ کو مقابل کے کندھے کی طرف جہاں تک ممکن ہوسکے لے جانا چاہئے۔ تحتانی زاویہ اور بغلی کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے کلائی کو کمر کے پیچھے رکھنا چاہئے۔ کتف کے شوکہ اور اکرومی کے مقام اتصال پر جو زاویہ بنتا ہے وہ بازو کی پیمائش لینے کے لئے بہترین مقام ہے۔ فیتہ کو یہاں سے ذراعیہ کے خارجی قندال تک لے جاتے ہیں۔ کتف کا بالائی کنارہ دوسری پسلی پر اور اسکا زیرین زاویہ ساتویں پر واقع ہوتا ہے۔ اگر دبیلہ (empyema) کے لئے پیچھے کی طرف کتفی خط میں کوئی عملیہ سرانجام دیا جائے تو یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ کتف نیچے سے پیچھے کی وضع میں بھی فتحہ کو مسدود نہ کرنے پائے۔ لہٰذا جو پسلی قطع کیجائے وہ یا تو آٹھویں ہو یا نویں۔ فنی مزاولت میں صحیح پسلی کی تعیین اس پسلی کے معلوم کرنے سے کیجاتی ہے جو کتفی زاویہ سے عین باہر ہو جبکہ بازو طرف جسم سے لگا ہوا ہے۔

جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو اور ہاتھ کی ہتھیلی سامنے کی طرف ہو تو اکرومی خارجی یا جانبی سر قندال اور کعبرہ کا زائدہ ابریہ سب کے سب ایک خط میں واقع ہوتے ہیں۔

عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالیہ (deltoid) کے درمیان کا میزاب عموماً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس میں سے قیفالی ورید (cephalic vein) اور اکرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کی ایک بڑی شاخ گزرتی ہے۔

اس میزاب کے نزدیک اور ترقوہ کے ذرا نیچے غرابی زائدہ (coracoid process)

محسوس کیا جا سکتا ہے۔ مگر یہ زائدہ ان دونوں عضلات کے درمیانی وقفہ میں موجود نہیں ہوتا بلکہ یہ عضلہ دالیہ (deltoid) کے سب سے اندرونی ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

غرابی اکرومی (coraco-acromial) رباط کا محل متعین کیا جا سکتا ہے، اور اگر اسکے نقطۂ وسطی پر چاقو بھونک دیا جائے تو اسے ذوراسین (biceps) کے وتر سے ٹکرانا چاہیئے اور اس سے کندھے کا جوڑ کھل جانا چاہیئے۔ جب بازو طرفِ جسم کے ساتھ لٹکتا ہے اور ہتھیلی آگے کی طرف
کو ہوتی ہے تو ذوراسینی میزاب (bicipital groove) (بین درنی تجویف (intertubercular 261
sulcus; اکرومی ترقوی جوڑ کے عین نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے۔

ترقوہ کے عین نیچے ایک نشیب (تحت ترقوی حفرہ: infraclavicular fossa) ہوتا ہے جسکی گہرائی میں مختلف افراد میں معتد بہ اختلاف ہوتا ہے۔ یہ ذراعیہ کے زیر غرابی خلوع میں اور ترقوہ کے ایسے کسور میں جنمیں بد وضعی بھی ساتھ شامل ہو نیز بہت سی بالیدہائے بغل سے اور دیوار صدر کے بالائی حصہ کے بعض التہابات سے بھی پُر ہو جاتا ہے۔ زیر ترقوی اور زیر غرابی خلوع میں اس حفرہ کی جگہ ایک فراز پیدا ہو جاتا ہے۔ اس خطہ میں ایک مقام پر جو غرابی زائدہ کے اندر کی (وسطانی) طرف واقع ہوتا ہے اور ترقوہ کے تقریباً وسطی حصہ کا متناظر ہوتا ہے بغلی شریان کے نبضانات دوسری پسلی پر محسوس کیئے جا سکتے ہیں۔ ترقوہ کے عین نیچے صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے قصی اور ترقوی حصوں کے درمیان کی بین فضا اکثر شناخت کیجا سکتی ہے۔

بغل — بغل کے مقدم اور موخر کنارے بہت واضح ہوتے ہیں۔ مقدم کنارہ جو صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کی زیریں کور سے بنتا ہے پانچویں پسلی کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔

بغل کے گڑھے میں جارحہ اعلیٰ کی وضع کے لحاظ سے اختلاف واقع ہوتا ہے، بشرطیکہ دوسری تمام حالتیں یکساں رہیں۔ یہ اُن حالتوں میں عمیق ترین ہوتا ہے جبکہ بازو کو طرف جسم سے ۴۵ درجہ کے زاویہ پر اٹھا لیا جائے اور جب وہ عضلات جن سے اسکے کنارے بنتے ہیں حالت انقباض میں ہوں۔ جب بازو خط افقی سے اوپر اٹھا لیا جاتا ہے تو یہ گڑھا زیادہ اتھلا ہو جاتا ہے اور ہڈی کا سر اس فضا میں تلملیل کر آتا ہے جس سے یہ کم و بیش پُر ہو جاتی ہے اور اس حفرہ کی چوڑائی مقدم اور موخر شکنوں کے قریب آجانے سے کم ہو جاتی ہے۔ جب بازو جسم سے زاویہ قائمہ پر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو عضلہ غرابیہ عضدیہ (coraco-brachialis) سے بغل کی ذراعی جانب کے ساتھ ساتھ ایک

262

نمایاں مربیہ بنجاتا ہے - اگر بازو کو طرف جسم کے ذرا نزدیک لے آئیں تو جراح کا ہاتھ بغل میں اوپر تک بخوبی جاسکتا ہے اور دیوار صدر کا استقصاء تیسری پسلی کی بلندی تک کیا جاسکتا ہے۔

بغلی غدد جب طبعی حالت میں ہوں تو محسوس نہیں کئے جاسکتے۔ مرکزی گروہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ بغلی غدد کی کلانی کا امتحان کرنے کے لئے جراح کو یہ چاہیئے کہ اپنے ہاتھ کی انگلیوں کو بالکل قریب لاکر مخروط کی شکل کا بنالے اور اسے بغل کے راس میں جتنی بلندی تک ممکن ہو لے جائے اور پھر اسے آہستہ آہستہ نیچے کی طرف پہلے بغل کی صدری دیوار پر اور پھر اسکی مقدم اور موخر اور ذرا عیلتی دیواروں پر لیجائے۔ اس طریقہ سے کلانی یافتہ غدد انگلیوں میں پھنس جاتے ہیں اور محسوس کئے جاسکتے ہیں، ورنہ بغل میں انگلیوں کے سرے محض گاڑ دینے سے غدد کو اوپر کی طرف دھکیل دینے کا امکان ہوتا ہے جس سے انکی کلانی شناخت نہیں ہوسکتی۔

زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور بغلی (axillary) شریان اور اسکے تسلسل ــــ عضدی (brachial) شریان ــــ کا رخ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے لیکر غرابی زائدہ سے گزرتا ہوا پیش مرفقی حفرہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو کی دھڑ سے زاویہ قائمہ پر تبعید کی گئی ہو اور ہاتھ چت حالت میں ہو۔

صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا بالائی کنارہ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو تیسری پسلی سے اسکے غضروف کے قریب سے غرابی زائدہ کی نوک تک کھینچا جائے۔ جس مقام پر یہ خط بغلی شریان کے خط کو کاٹتا ہے وہ مقام اکرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا زیرین کنارہ اور جانبی یا طویل صدری (lateral or long thoracic) شریان کا محل جو اسکے کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے ایک خط سے ظاہر کئے جاسکتے ہیں جو پانچویں پسلی سے اسکی غضروف کے نزدیک سے لیکر غرابی زائدہ کی نوک تک کھینچا جائے۔

زیر کتفی (subscapular) شریان کا خط زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے زیرین یا جانبی کنارہ کا متناظر ہوتا ہے جسکے ساتھ ساتھ یہ شریان جاتی ہے۔ مگر اس کنارہ کا محل وقوع زندہ یا غیر تقطیع شدہ موضوع میں صرف اندازہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

منحنی (circumflex) (بغلی : axillary) عصب اور موخر منحنی (posterior circumflex) شریان ذراعیہ کو افقی خط میں عضلہ دالیہ (deltoid) کے انتصابی محور کے

نقطۂ وسطی کے اوپر تقریباً ایک انگلی کی چوڑائی کے فاصلہ پر عبور کرتے ہیں۔ یہ مقام اس عصب کی
مفروضہ کو فتگی میں اہمیت رکھتا ہے۔ کتفی ظہری (dorsalis scapulæ) شریان (منحنی کتفی 263
(circumflex scapular) بغلی کنارہ کو اس مقام پر عبور کرتی ہے جو عضلہ دالیہ (daltoid)
کے انتصابی محور کے نقطۂ وسطی کا تناظر ہوتا ہے۔

بغلی (axillary) شریان کی بڑی بڑی شاخوں کے محل وقوع کے مختلف نشانات اس حالت میں معلوم کئے جاتے ہیں جبکہ بازو اپنی طبعی وضع میں طرف جسم پر لٹک رہا ہو۔

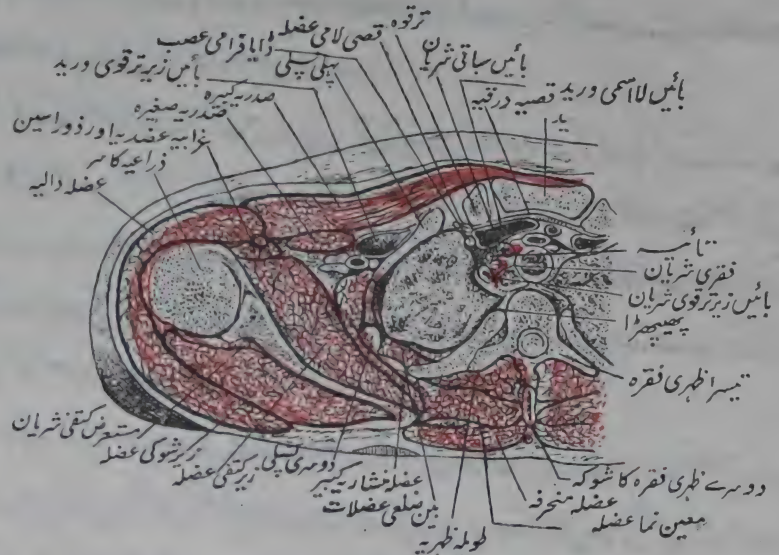
ترقوہ (clavicle)۔ ترقوہ کے اوپر کی جلد ڈھیلے طور پر چپکی ہوتی ہے اور ہڈی پر سے ادھر اُدھر ہٹائی جا سکتی ہے۔ اس حالت سے اس امر کی توجیہ ہو سکتی ہے کہ ترقوی خطہ کی کوفتگیوں میں جلد میں کیوں تفتیقی زخم نہیں آتا اور نیز اس سے کسی حد تک جلد کے ترقوہ کے کسور میں بکثرت منثقب نہ ہونے کی توضیح بھی ہو جاتی ہے۔

وہ تین فوق ترقوی (supraclavicular) اعصاب جو ترقوہ کو عبور کرتے ہیں تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب کی شاخیں ہوتے ہیں اور یہ یاد رکھنا مناسب ہوگا کہ بالائی عنقی عمودِ فقری کے مرض میں ہنسلی کے اوپر درد کا محسوس ہونا ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ علامت اس حالت میں ان اعصاب کی خراش سے پیدا ہوتی ہے جو انکے قنال شوکی سے نکلنے کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔

گاہے گاہے خارجی وداجی (external jugular) اور قیفالی (cephalic) وریدوں کا ایک درمیانی رابطہ ترقوہ کو عبور کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور یہ ان عملیہ جات میں جو زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور عضدی ضفیرہ (brachial plexus) کو معرّا کرنے کے لئے سرانجام دئے جاتے ہیں کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ رابط شاذ طور پر ایک سوراخ میں سے بھی گزرتا ہے جو خود ترقوہ میں واقع ہوتا ہے۔

ترقوہ کے نیچے بڑے بڑے عروق اور بڑے بڑے عصبی احبال پہلی پسلی پر پڑے ہوتے ہیں۔ ورید سب سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور ہنسلی اور پہلی پسلی کے درمیان کے زاویہ حادہ میں واقع ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہڈی کی بالیدیں ان اہم ساختوں پر آسانی سے دباؤ ڈال سکتی ہیں اور ورید کے اپنے محل وقوع کی وجہ سے اور نیز کم مزاحمت پیش کرنے کے باعث

سب سے پہلے مضغوط ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ساختیں ترقوہ کے کسر میں ہڈی کے ٹکڑاوں سے زخمی ہو چکی ہیں۔ خوش قسمتی سے ترقوہ اور ان بڑے بڑے اعصاب اور عروق کے
264 درمیان زیر ترقوی عضلہ (subclavius) حائل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ ہڈی کی زیرین سطح سے مضبوطی سے چسپیدہ اور ایک گھنی ردا میں ملفوف ہوتا ہے اور کسر کی حالت میں یہ عروق کے لئے ایک خاص



شکل ٦٢ - بائیں کندھے کے جوڑ کے لیول پر کی افقی تراش، بائیں ترقوہ کے قرب وجوار کی ساختوں کا محل وقوع ظاہر کرنے کے لئے۔
(بروُن :Braune کے مطابق)

محافظ کا کام دیتا ہے۔ مزید برآں عضلہ کی یہ متداخل گدی عملیہ جات قطع میں بہت کار آمد ثابت ہوتی ہے۔

ترقوہ کے پیچھے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جا سکتی ہیں (شکل ٦٢)۔ لا اسمی (innominate)، زیر ترقوی (subclavian) اور خارجی وداجی (external jugular) وریدیں۔ زیر ترقوی (subclavian)، فوق کتفی (suprascapular) (مستعرض کتفی :transverse scapular) اور داخلی پستانی (internal mammary) شریانیں

عضدی ضفیرہ (brachial plexus) کے احبال - ڈایا فرامی (phrenic) عصب اور طویل صدری (long thoracic) عصب (عصب بِل: nerve of Bell)- صدری قنات (thoracic duct) ، کتفیہ لامیہ (omohyoid) ، مختلف الاضلاع (scalene) ، قصیہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قصیہ درقیہ (sterno-thyroid) عضلات - اور پھیپھڑے کا راس- اس ہڈی کا قصی سرا لااسمی (innominate) یا بائیں سباتی (left carotid) شریان، عصب تائیہ (vagus) اور بازگرد (recurrent) اعصاب ، قصبہ (trachea) اور مری 265 (œsophagus) سے زیادہ دور نہیں ہوتا -

ترقوہ کے تعلقات اسکے جزوی یا کلی استیصال کے خطرات کو ظاہر کرنے کے لئے بیان کئے گئے ہیں - جوں جوں جراح اکرومی سرے سے قصی سرے کی طرف بڑھتا ہے عملیہ کی مشکلیں اور اسکے خطرات زیادہ ہوتے جاتے ہیں - اس ہڈی کے اکرومی ثلث کا استیصال مقابلۃً آسان ہے اگر قصی حصہ کا استیصال مشکل اور خطرناک ہے - تمام ترقوہ کو دور کر دینے سے بازو کو اتنا نقصان نہیں پہنچتا جتنا کہ تصور کیا جا سکتا ہے -

جارحۂ اعلیٰ اور دھڑ کے درمیان ترقوہ ہی صرف ایک بلا واسطہ تعلق ہے اور شدید حادثات میں جب یہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے تو سالم جارحۂ اعلیٰ کا بالکل الگ ہو جانا ممکن ہوتا ہے - بل روتھ (Billroth) اور دوسروں نے قلع جارحہ کے ایسے واقعات کا اندراج کیا ہے -

ترقوہ کے کسور - ترقوہ جسم کی کسی دوسری اکیلی ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے ٹوٹتا ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جارحۂ اعلیٰ اور دھڑ کے درمیان صرف یہی ایک عظمی تعلق ہے، اور یہ چوٹ کے معرض اثر میں اکثر آتا ہے - طویل بیرم یعنی جارحۂ اعلیٰ کے ذریعہ سے اس پر قوت کا اثر ڈالا جا سکتا ہے - بالواسطہ چوٹ سے جو عام کسر واقع ہوتا ہے وہ ترچھا ہوتا ہے، اور اسکا محل ایک ہی ہوتا ہے یعنی یہ ہڈی کے درمیانی ثلث کے بیرونی کنارہ پر ہوتا ہے - ترقوہ کا بیرونی ثلث رباطات کے ذریعہ سے غرابی اور اکرومی زائدوں سے اس مضبوطی سے وابستہ ہوتا ہے کہ یہ کتف کا ایک حصہ ہی تصور کیا جا سکتا ہے - لہذا کندھے کے بل گرنے سے جو صدمہ پہنچتا ہے وہ ترقوہ کے بیرونی اور وسطی ثلثوں کے مقام اتصال پر منتقل ہو جاتا ہے - یہ ہڈی اس مقام پر ٹوٹتی ہے جہاں یہ قوت کتف سے ترقوہ پر منتقل ہوتی ہے - اس محل پر مقام کسر کو

معین کرنے کے لئے غرابی اکرومی رباطات کا محل بلاشبہ سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے کیونکہ
جس ترقوہ پر تجربۃً طولانی ضغط کا اثر ڈالا جاتا ہے وہ اس مقام پر نہیں ٹوٹتا (بینٹ
266 Bennett:)۔
اس کے کسر میں مندرجہ ذیل غیر وضعیت پیدا ہوتی ہے۔ اندر کے ٹکڑے کی وضع یا تو
غیر متغیر رہتی ہے اور یا اسکا باہر کا سرا عضلہ قصیبیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے ذریعہ سے
ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس عضلہ کے ہر ایک فعل میں عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis
major) اور قصی ترقوی (معین نما: rhomboid) رباط مزاحم آئینگے۔ باہر کے ٹکڑے میں
تہری بدوضعی پیدا ہوجاتی ہے۔ (۱) یہ عین نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور یہ بدوضعی زیادہ
جارحہ کے وزن سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) اور عضلہ
صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے زیرین ریشے اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus
dorsi) بھی مدد پہنچاتے ہیں۔ (۲) یہ ان عضلات سے جو دھڑ سے کندھے کی طرف کو
جاتے ہیں مثلاً رافع الکتف (levator scapulæ) عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi)
اور خاصکر عضلات صدریہ (pectorals) عین اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ (۳) یہ ٹکڑا
اسطرح گردش کر جاتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے اور اندر کا سرا پیچھے
ہٹ جاتا ہے۔ یہ گردش زیادہ تر دونوں عضلات صدریہ کے ذریعہ سے عمل میں آتی ہے جنکو
عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) (مقدم) سے خاص مدد ملتی ہے۔ موخر الذکر
عضلہ کا طبعی فعل کتف کو آگے کی طرف کو لے جانا ہے اور ترقوہ بھی جو جارحۂ اعلیٰ کو دھڑ سے
مناسب فاصلہ پر رکھنے کے لئے ایک بازو سہار (outrigger) کی طرح کام کرتا ہے ساتھ ہی
آگے کی طرف چلا آتا ہے اور کتف کو سیدھا رکھتا ہے اور جب یہ بازو سہار ٹوٹ جاتا ہے
تو عضلہ منشاریہ (serratus) کتف کو عین آگے کی طرف نہیں لے جاسکتا۔ اس ہڈی کا میلان
دھڑ کی جانب کو جانے کی طرف ہوتا ہے اور اسلئے یہ اندر کی اور سامنے کی طرف کو حرکت کرتی
ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ لہذا اس کسر میں ٹکڑوں کا متراکب ہونا ضروری ہوتا ہے۔ اور چونکہ
غیر وضعیت کو رفع کرنا مشکل ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ سوائے فخذی کے اور کسی
ہڈی میں قصر کے باقی رہ جانے کا اتنا احتمال نہیں ہوتا جتنا کہ ترقوہ کے ترچھے کسر کے بعد ہوتا ہے۔
قصر کی پیمائش شاذ و نادر ہی ایک انچ سے متجاوز ہوتی ہے۔ اس کسر میں جو بدوضعی پائی جاتی ہے

اسکی اصلاح مریض کے لیٹ جانے پر بخوبی کیجاسکتی ہے۔ چونکہ اس وضع میں جارحہ کا وزن دور ہو جاتا ہے اسلیئے جو غیر وضعیت نیچے کے رخ میں موجود ہوتی ہے وہ فوراً رفع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ کندھے کی چوٹی بھی پیچھے کی طرف کو سرک جاتی ہے اسلیئے باہر کے ٹکڑے کی غیر وضعیت جو اندر کی طرف ہوتی ہے اور اسکی گردش جو آگے کی طرف ہوتی ہے کسی حدتک دور ہو جاتی ہیں۔ بہرکیف موخرالذکر دونوں غیر وضعیتوں کا بیشتر حصہ کتف کی وساطت ہی سے دور ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں کتف دیکر صدر کے اور نزدیک آجاتا ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا (اور اسکے ساتھ ہی ظاہر ہے کہ ترقوہ کا باہر کا ٹکڑا بھی) باہر کی اور پیچھے کی طرف کو کھچ جاتا ہے۔ بعض جراح کتف کے اس اہم فعل کو جو ان واقعات میں غیر وضعیت کو رفع کرنے کے لئے بروئے کار آتا ہے تسلیم کرتے ہوئے کتف کو دھڑ سے مضبوطی سے پٹیوں کے ذریعہ سے باندھ دیتے ہیں اور ساتھ ہی بازو کو اوپر اٹھا دیتے ہیں۔

بلاواسطہ چوٹ سے جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ بالعموم مستعرض ہوتے ہیں اور ہڈی کے ہر ایک حصہ میں واقع ہوسکتے ہیں۔ جب یہ وسطی ثلث میں واقع ہوتے ہیں تو ان میں وہی غیر وضعیت پائی جاتی ہے جسکا ذکر ابھی کیا جاچکا ہے۔ جب کسر مخروط نما (conoid) اور شبیہ منحرف (trapezoid) رباطات کے درمیان واقع ہوتا ہے تو کوئی غیر وضعیت ممکن نہیں ہوتی اور جب یہ ان سے باہر واقع ہوتا ہے تو باہر کے ٹکڑے کا باہر کا سرا عضلات صدریہ (pectorals) اور عضلہ منشاریہ (serratus) کی وجہ سے آگے کو چلا جاتا ہے۔ اور اس کا اندر کا سرا عضلہ منحرفہ (trapezius) کی بدولت ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ اس کسر میں باہر کے ٹکڑے کی کوئی عمومی غیر وضعیت نیچے کی طرف کو نہیں پائی جاتی کیونکہ یہ اس رخ میں حرکت نہیں کرسکتا تاوقتیکہ کتف بھی اسکے ساتھ نہ جائے اور کتف غرابی ترقوی رباطات سے ترقوہ کے اندر کے ٹکڑے سے وابستہ رہتا ہے۔

ترقوہ صرف عضلی فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ جاتا ہے۔ پولیلون (Polaillon) نے اطلاع کردہ واقعات کے محتاط تجزیہ سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ جو عضلات ہڈی کو توڑتے ہیں وہ عضلہ دالیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ کا ترقوی حصہ ہیں۔ یہ کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ کسر عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) سے واقع ہوتا ہے۔ جن حرکتوں سے یہ کسر بالعموم واقع ہوتا ہے وہ جارحہ کی آگے کی یا اوپر کی طرف کی شدید حرکتیں ہیں۔ یہ کسور عام طور پر ہڈی کے

وسط میں واقع ہوتے ہیں اور انہیں سوائے دونوں ٹکڑوں کے آگے کی طرف کو یعنی اول الذکر دونوں عضلات کے ریشوں کے رخ میں حرکت کر جانے کے کوئی غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی۔

268 ترقوہ میں **خیزران کسر** (green-stick fracture) جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ ہنسلی کے ٹوٹنے کے نصف واقعات درحقیقت ۵ سال کی عمر سے پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔

اس ہڈی کے **تعلقات** کی طرف رجوع کرنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ شدید کسور میں جنہیں بہت سی غیر وضعیت موجود ہو اور ٹکڑے تیز ہوں اعصاب اور عروق کو اہم متلازم ضررات (associated injuries) پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۲)۔ جارحہ اعلیٰ کے شلل (جو قاعدۃً غیر مکمل ہوتا ہے) کے بہت سے واقعات کی اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں یہ شلل اس ہڈی کے کسر سے پیدا ہوا تھا۔ انہیں سے بعض واقعات میں یہ علامت اپنی جگہ سے ہلے ہوئے ٹکڑوں سے کسی بڑی عصبی حبل کے حقیقۃً مضغوط یا منشق ہوجانے سے پیدا ہوئی تھی، اور بعض میں عصب کا ضرر اگرچہ ابتدائی حادثہ ہی میں واقع ہوا تھا مگر شکستہ ترقوہ سے غیر متعلق تھا۔ عضلہ ذوراسین (biceps)، عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کعبریہ (brachio-radialis) (باطحہ طویلہ؛ supinator longus) یعنی ان عضلات کا شلل جنکو بالائی (جانبی) حبل رسد پہنچاتی ہے کندھے پر بھاری وزن اٹھانے سے واقع ہوجاتا ہے۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان اور زیر ترقوی ورید اور نیز داخلی وداجی (internal jugular) ورید اور اکرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کے زخمی ہونے کے واقعات کی اطلاع بھی پہنچی ہے۔ کئی ایک مثالوں میں یہ کسر پھیپھڑے کے زخم کی معیت میں اوپر کی پسلیوں کے کسر کے ساتھ یا اسکے بغیر پایا گیا تھا۔[۱]

ترقوہ میں **تعظم** جسم کی ہر ایک ہڈی سے پیشتر شروع ہوجاتا ہے۔ بوقت پیدائش تمام پوری عظمی ہوتی ہے مگر دونوں سرے ابھی تک غضروفی ہی ہوتے ہیں۔ اسکے قصی سرے کے لئے ایک بربالہ (epiphysis) ہوتا ہے جو اٹھارویں اور بیسویں سال کے درمیان ظاہر ہوتا ہے، اور پچیسویں سال کے قریب پوری سے متحد ہوجاتا ہے۔ یہ صرف ایک خول سا ہوتا ہے اور قصی مفصل کے رباطات سے گھرا ہوتا ہے اور حادثہ میں اچھی طرح سے علیٰحدہ نہیں ہوسکتا۔

[۱] مسٹر ہیتھ (Mr. Heath) (لانسیٹ ;Lancet ۱۸ نومبر ۱۸۸۲ء) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جو شائد

جن واقعات میں ترقوہ خلقی طور پر غائب بنایا جاتا ہے ان میں ہڈی کے اس حصہ کی جگہ جو غشا سے بنتا ہے ایک رباطی حبل ہوتی ہے اور سروں کی جگہ جو غضروف سے بنتے ہیں عظمی کرتیجے ہوتے ہیں ترقوہ کے ناقص تعظم کے ساتھ بالعموم کھوپری کی ان ہڈیوں کا غیر مکمل تعظم بھی پایا جاتا ہے 269
جو غشا سے بنتی ہیں اور یہ حالت جمجمی ترقوی سوءِ تعظم (cranio-cleido-dysostosis) کے نام سے مشہور ہے۔ اس مرض کی ڈی فٹز ولیمس (D.Fitzwilliams) نے ۶۰ مثالیں جمع کی ہیں اور میں (سی۔سی چوائس) نے تین اور دیکھی ہیں۔ اس مرض کے مریض ترقوہ کے زیادہ تر حصہ کے رباطی حالت پر قائم رہنے کی وجہ سے کندھے کو ایک غیر معمولی درجہ تک قریب لا سکتے ہیں۔ بعض اوقات ترقوہ کا نقص اتنا محدود ہوتا ہے کہ یہ کسر کے مشابہ ہوتا ہے۔

قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)۔ اگرچہ صرف یہی ایک مفصل ہے جو جارحۂ اعلیٰ کو دھڑ سے بلاواسطہ متحد کرتا ہے مگر پھر بھی اسمیں اتنی کافی طاقت موجود ہوتی ہے کہ اسمیں خلع مقابلۃً شاذ طور پر ہی واقع ہوتا ہے۔ اس مفصل کی حرکت کا انحصار زیادہ تر قص اور ترقوہ کے قصی سرے کے رونکوں میں عدم توافق موجود ہونے پر ہوتا ہے۔ ان حصوں کا باہمی عدم تناسب بین مفصلی غضروف کی وجہ سے برقرار رہتا ہے جو صرف ترقوی سطح کے خاکہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اس مفصل کا کہفہ وی (V) کی شکل کا ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ترقوہ، جبکہ بازو پہلو سے قریب لٹک رہا ہو، اپنے خانہ کو محض اسکے زاویہ زیرین پر ہی مس کرتا ہے۔ لیکن جب ہاتھ اوپر اٹھا ہوا ہو تو یہ دونوں ہڈیاں ایک دوسری کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر مس کرتی ہیں اور کہفہ مفصلی صرف ایک جھری کی شکل اختیار کرلیتا ہے۔ چنانچہ اس مفصل کے مرض میں یہ پایا جائیگا کہ اسکی تمام حرکتوں میں سے صرف جارحۂ اعلیٰ کا اوپر کو اٹھانا ہی ایک ایسی حرکت ہے جس سے درد ہمیشہ پیدا ہوتا ہے۔ یہ مفصل نازل عنقی (descending cervical) عصاب کی فوق ترقوی شاخ سے رسد حاصل کرتا ہے۔

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ۔ فقید المثال ہے۔ یہ واقعہ ایک چودہ سال کے لڑکے کا ہے جسکا ترقوہ کرکٹ میں بال کرتے ہوئے ہڈیالی غضروف سے علیحدہ ہو گیا تھا اور ہڈیالہ علیٰ حالہ رہا۔ یہ ظاہر ہے کہ جس عضلہ سے یہ حادثہ واقع ہوا وہ عضلہ صدریہ کبیرہ ہی تھا۔

ترقوہ کی تمام وضعوں میں مقدم اور موخر قصی ترقوی رباطات کے معتدل طور پر تنیدہ ہونے کی وجہ سے اس مفصل کی حرکتیں محدود ہوتی ہیں - رباط موخر ترقوہ کی اس حرکت کو باز رکھتا ہے جو قص پر آگے کی جانب کو ہوتی ہے' اور جس میں رباط مقدم مزاحم آتا ہے یہ موخر الذکر رباط موخر بند کے مقابلہ میں زیادہ ڈھیلا اور کم مضبوط ہوتا ہے' اور اسکی کمزوری سے آگے کی طرف کو خلع واقع ہونے کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔

270 ترقوہ کی جو حرکت قص پر پیچھے کی طرف کو واقع ہوتی ہے اس کی تحدید رباط مقدم سے ہوتی ہے ۔ اور اس ہڈی کے سرے کے پیچھے کی طرف کو گزرنے میں مضبوط موخر بند مزاحم آتا ہے - اس حرکت کی مخالفت ضلعی ترقوی رباط سے بھی ہوتی ہے - لہذا پیچھے کی طرف کو خلع واقع کرنے کے لئے معتدبہ قوت کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے - میں (مِی تی چواُسں) نے صرف ایک ہی واقعہ دیکھا ہے جو گھوڑے پر سے گرنے سے ظہور پذیر ہوا تھا - اسمیں بظاہر دونوں رباطات دریدہ ہو گئے تھے' اور دوران اندمال میں خلع کے بار دیگر واقع ہونے کو روکنے کے لئے معتدبہ مشکل پیش آتی تھی۔

قصی ترقوی مفصل کا مرض - یہ مفصل میاں مفصلی غضروف کے ذریعہ سے درحقیقت دو جوڑوں پر منقسم ہوتا ہے ۔ اور ان میں سے ہر ایک میں ایک واضح زلالی غشا ہوتی ہے - ان جوڑوں میں جوڑوں کے معمولی امراض پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ ظاہر ہے کہ مرض ان زلالی تاچوں میں سے ایک ہی میں شروع ہو سکتا ہے' اور کچھ عرصہ کے لئے اسی تک ہی محدود رہ سکتا ہے - وقت گزرنے پر بالعموم تمام مفصل ماؤف ہو جاتا ہے - مگر ترقی یافتہ واقعات میں بھی مرض بعض اوقات غضروف کی ایک ہی طرف کے زلالی کہفہ تک محدود رہتا ہے - بعض مصنفین کی یہ رائے ہے کہ یہ مفصل تقیح الدم (pyæmia) سے کسی دوسرے مرض کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتا ہے - جب قصی ترقوی مفصل میں انصباب اور بالخصوص تقیح پیدا ہو جاتا ہے تو ورم بالعموم سامنے کی طرف ظاہر ہوتا ہے' کیونکہ اس مفصل کے اردگرد جتنی رباطی ساختیں ہیں انمیں سے مقدم قصی ترقوی رباط سب سے پتلا اور سب سے کم مزاحم ہوتا ہے - یہی وجہ ہے کہ پیپ جب از خود باہر نکل آتی ہے تو عام طور پر مقدم سطح پر ہی سے خارج ہوتی ہے۔

قصی ترقوی مفصل کے خلوع - ترقوہ کا خلع قص سے اِن تین رخوں میں سے

کسی ایک رخ میں واقع ہو سکتا ہے اور یہ بلحاظ کثرت وقوع بالترتیب دئے گئے ہیں۔ (۱) آگے
کی جانب۔ (۲) پیچھے کی جانب۔ (۳) اوپر کی جانب۔ رباطات کے مفصل کی حرکتوں کو محدود
رکھنے کے متعلق جو اوپر بیان کیا جاچکا ہے اس سے ان خلوع کی اضافی کثرت وقوع سمجھ میں
آسکتی ہے۔

اکرومی ترقوی مفصل ۔ یہ مفصل اتھلا ہوتا ہے اور جن دو ہڈیوں سے یہ
بنتا ہے انکا خاکہ ایسا ہوتا ہے کہ ترقوہ کے اکرومی سے دور ہٹ جانے میں کوئی شے مزاحم 271
نہیں ہوتی۔ اس مفصل کی طاقت کا انحصار حقیقت میں تقریباً سب کا سب اسکے رباطات پر
ہوتا ہے۔ اسکا مستوی اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو ان ہڈیوں کے درمیان اوپر سے
نیچے کی اور اندر کی طرف کو کھینچا جائے۔ اس مفصل کا یہ میلان اس امر کی توضیح کرتا ہے کہ اس
حصہ کا عام خلع ترقوہ کے اکرومی پر سے اوپر کی طرف ہٹ جانے کی شکل اختیار کرلیتا ہے۔ اس
مقام پر جو خلع واقع ہوتا ہے، اسکا ایک مغالطہ انگیز منظر شعاعی نگارشوں میں اکثر دیکھنے میں
آتا ہے، خاصکر جبکہ نلی کو مفصل کے اوپر صحیح طور پر نہ رکھا گیا ہو۔ لہذا یہ بہت ممکن ہے کہ
شعاعی نگارش کا ناتجربہ کار شارح ایسی حالت میں بھی خلع تشخیص کردے جبکہ کوئی خلع موجود نہ ہو۔

چونکہ اس مفصل کے حرکات میں حادثہ یا مرض کی وجہ سے نقص واقع ہوجاتا ہے اس لئے
یہ معلوم کرلینا بہتر ہوگا کہ جارحہ کے حرکات میں یہ مفصل کیا حصہ لیتا ہے۔ جب کتف (اور یہ ظاہر ہے
کہ اسکے ساتھ بازو بھی ہوتا ہے) صدر پر آگے اور پیچھے کی جانب کو پھسلتا ہے تو یہ ایک قوس کی شکل
میں حرکت کرتا ہے جسکا مرکز قصی ترقوی مفصل پر ہوتا ہے، اور نصف قطر ترقوہ ہوتا ہے۔ جب
یہ ہڈی آگے کی طرف کو حرکت کرتی ہے تو ان وجوہ کی بنا پر جنکا ذکر ابھی آئے گا یہ ضروری ہے کہ
وقبی کہفہ کا رخ بھی ترچھی سمت میں آگے کی طرف کو ہو۔ یہ موخرالذکر مطلوبہ حالت اکرومی
ترقوی مفصل سے پیدا ہوتی ہے۔ اس مفصل کی عدم موجودگی میں تمام کتف ترقوہ کے بیرونی سرے سمیت
آگے کی طرف کو گزرتے وقت مذکورہ بالا دائرہ کے خط کا تتبع کریگا اور وقبی کہفہ کا رخ اندر کی جانب
کو زیادہ ہوجائے گا۔ یہ لازمی ہے کہ وقبی کہفہ کی سطح ذراعیہ کے طولی محور پر حتی الامکان زاویہ قائمہ
کی حالت میں قائم رہے۔ جب یہ تعلقات برقرار ہیں تو ذراعیہ کے پیچھے ہڈی کی مضبوط سطح کا سہارا
موجود ہوتا ہے اور کسی حد تک اسی سہارے سے فائدہ اٹھانے کے لئے گھونسے باز جانب سے
یعنی ذراعیہ کو پیچھے سے کتف کا اچھی طرح سے سہارا دیکر گھونسا مارتا ہے۔ اگر اکرومی ترقوی جوڑ 272

موجود نہ ہوتا تو وقبی حفرہ بازو کو آگے کی طرف بڑھانے کی صورت میں سہارا نہ دیتا! اور اس حالت میں گھونسا مارنے سے جب کہ جارحہ اس وضع پر ہو یا اسی طرح کے حالات کے تحت ہاتھ کے بل گرنے سے ذراعیہ کے کندھے کے جوڑ کے کیسہ کی طرف نکل جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا طبعی حالتوں میں جوں جوں کتف اور بازو آگے کی طرف کو بڑھتے ہیں اکرومی اور ترقوہ کے ہم پہلو حصہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے، اور وقبی حفرہ ایسی وضع پر قائم رہتا ہے کہ اسکا رخ کافی حد تک آگے کی طرف کو ہوتا ہے تاکہ ذراعیہ کو مضبوط سہارا دے سکے[1]۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو گیا ہوگا کہ اس چھوٹے سے جوڑ کی سختی کندھے کے مفصل کی عدم حفاظت اور جارحہ کے بعض حرکات میں ضعف پیدا ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ جب بازو اٹھا کر سر کی جانب لایا جاتا ہے تب بھی اس مفصل میں حرکت واقع ہوتی ہے، اور جوں جوں کندھا اوپر کو اٹھتا جاتا ہے ترقوہ اور بغلی کنارہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے۔

اکرومی ترقوی جوڑ کے خلوع۔ ترقوہ یا تو اوپر کی طرف ہٹ کر اکرومی پر چلا جاتا ہے، اور یا نیچے کی طرف ہٹ کر اسکے نیچے چلا جاتا ہے۔ پولے لون (Polaillon) نے مقدم الذکر خلع کے ۳۸ واقعات اور موخر الذکر کے صرف ۶ واقعات ہی جمع کئے ہیں۔ اس عدم تناسب کی زیادہ تر توضیح اس جوڑ کی مفصلی سطحوں کے رخ سے ہو جاتی ہے۔

کتف (scapula)۔ اس ہڈی کی موخر یا ظہری سطح پر جو عضلات اسکے شوکہ کے عین اوپر اور اسکے عین نیچے واقع ہوتے ہیں وہ عمیق ردا سے وابستہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus) ایک ردا میں بند ہوتا ہے جو اس عضلہ کے مبدا کے اردگرد ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے، اور اس سے ایک کہفہ طیار ہو جاتا ہے جو صرف اس عضلہ کے منتہی کی طرف ہی کھلتا ہے۔

---

[1] ان مفاصل کے میکانیہ کا بہت عمدہ بیان دیکھنے کے لئے دیکھو موریسز "اناٹومی آف دی جوائنٹس" - (Morris's "Anatomy of the Joints")

تحت شوکی (infraspinatus) اور مدلجہ صغیرہ (teres minor) عضلات بھی
ایک نمایاں گر بہت گھنی ردا سے گھرے ہوتے ہیں جو عضلات کی اُس طرف ہڈی سے چسپیدہ
ہوتی ہے اور آگے کی طرف غلاف دالیہ کے ساتھ مخلوط ہوجاتی ہے، اور اس سے ایک دوسری
بند فضا بنجاتی ہے۔ ان رداؤں کی ترتیب اُس قلیل المقدار کدم (ecchymosis) کے پیدا 273
ہونے کی توضیح کرتی ہے جو عظم الکتف کے کسور کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔

کتف کے حرکات۔ جسم کے پہلو سے بازو کو اوپر اٹھاکر سر کے اوپر انتصابی
وضع میں لانے میں ایک دوہری حرکت واقع ہوتی ہے — (۱) کتف اور صدر کے درمیان۔
(۲) ذراعیہ اور کتف کے درمیان کندھے کے جوڑ پر۔ پہلے جوڑ میں حرکت کی مقدار تقریباً ۴۵ درجہ
ہوتی ہے اور دوسرے میں تقریباً ۱۰۰ درجہ ہوتی ہے۔ ایک جوڑ دوسرے جوڑ کا معاون ہوتا ہے۔
لہذا کندھے کے جوڑ کی جساءت میں بازو کی کسیقدر تبعید اور تقریب باقی رہ جاتی ہے،
اور تمام بالائی جارحہ دوّار کتف کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ یہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے قبل اسکے
کہ جساءت واقع ہو بازو کی پہلو سے تبعید کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ اوپر
اٹھادیا جاتا ہے تو کتف میں ایک آزاد دوّاری حرکت واقع ہوجاتی ہے اور اسکا فقری کنارہ
تقریباً انتصابی وضع سے تقریباً افقی وضع میں آجاتا ہے۔ اس حرکت کی ابتدا پر جب تک کہ
بازو پہلو سے ۳۵ درجہ تک نہیں پہنچ جاتا کتف کا زاویہ تقریباً ساکن رہتا ہے۔ اس مرحلہ میں کتف
مثبت رہتا ہے، اور عضلہ منحرفہ (trapezius)، عضلات معین نما (rhomboids) اور
عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) اسکو اسکی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔ اگر عضلہ
منحرفہ (trapezius) میں شلل واقع ہوگیا ہو جیسا کہ گردن سے غدد دور کرنے میں عصب معین
(accessory) (نخاعی معین: spinal accessory) کے اتفاقیہ کٹ جانے سے ہوجاتا ہے
تو تحتانی زاویہ اور فقری کنارہ مرتفع بازو کے بوجھ سے پیچھے کی طرف کو نکل جاتے ہیں اور کندھے کا
اکرومی حصہ نیچے اور آگے کی طرف کو گرجاتا ہے۔ جب بازو ۳۵ درجہ سے آگے نکل جاتا ہے تو عضلہ
منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا فعل شروع ہوجاتا ہے، اور کتف کا تحتانی زاویہ
سرعت سے آگے کی طرف کو چلاجاتا ہے اگر عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus)
مشلول ہوجائے (بیل: Bell کا طویل صدری عصب جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عنقی اعصاب سے

عضلات معین نما (rhomboids) — میں جو اس حالت
نکلتا ہے) یا اسکے متضاد عضلات — عضلات معین نما (rhomboids)
میں فعل کرتے ہیں شلل واقع ہو جائے (وہ عصب جو پانچویں عنقی عصب سے آتا ہے) تو کتف
274 کا زاویہ اور موخر کنارہ نمایاں یا "مجنّح" (winged) ہو جاتے ہیں — یہ علامت
ان عضلات کے شلل کی ہے۔ چنانچہ حرکت کی ابتدا میں کتف کی جناحیت (winging)
عضلہ منحرفہ (trapezius) کے شلل کو ظاہر کرتی ہے۔ اگر یہ حرکت کے اچھی طرح شروع
ہو جانے کے بعد واقع ہو تو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) ماؤف ہوتا ہے۔

کتف کے کسور اور خاصکر اس ہڈی کے جسم کے کسور اس حصہ کی حرکت پذیری
اور ان دبیز عضلات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے زیادہ پتلے حصوں کو پوشیدہ رکھتے
ہیں اور انکی حفاظت کرتے ہیں کثیر الوقوع نہیں۔ مزید برآں یہ نرم عضلی گدی پر متمکن ہوتا ہے
اور اسمیں کچھ شبہ نہیں کہ پسلیوں کی لچک سے بھی اسکی مزید حفاظت ہوتی ہے۔

عام ترین ضرر **اکرومی زائدہ** (acromion process) کا کسر ہے — یہ اکثر
صرف برباله کی علیحدگی کی شکل ہی میں واقع ہوتا ہے۔ اکرومی کے دو اور بعض اوقات تین بربالی
مرکز ہوتے ہیں اور انمیں تعظم سن بلوغ کے قریب نمودار ہوتا ہے اور بائیس سال سے لیکر
پچیس سال تک کی عمر میں سارا برباله بقیہ ہڈی سے متحد ہو جاتا ہے۔ اکرومی کے مفروضہ
کسر کے کئی ایسے واقعات جنمیں اتحاد لیفی بافت سے عمل میں آجاتا ہے غالباً ناقص طور پر متحدہ
برباله کی مثالیں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ چوٹ سے ان کا کوئی تعلق نہ ہو۔ سمنگٹن
(Symington) نے ۴۰ جسموں میں سے ۵ جسموں میں یہ مشاہدہ کیا کہ اکرومی برباله کتف
کے شوکہ سے ایک لیفی واسطہ کے ذریعہ سے متحد تھا اور دیگر مشاہدین کے اعداد و شمار سے
یہ ظاہر ہوتا ہے کہ پورے ۱۰ فیصدی بالغوں میں یہی حالت موجود ہوتی ہے۔ اس خط کے
شعاعی ترسیمات کی ترجمانی کرنے میں یہ امر معتدبہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس زائدہ کے کسور میں
زیادہ غیر وضعیت بہت کم پائی جاتی ہے کیونکہ اس ہڈی کے اوپر ایک کثیف پوشش موجود
ہوتی ہے جو اس سے چسپیدہ عضلات سے حاصل ہوتی ہے۔ **غرابی زائدہ** (coracoid
process) میں بعض اوقات حقیقی کسر پایا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ایک برباله کی طرح
جدا ہو جاتا ہے۔ برباله کی حیثیت سے یہ اصلی ہڈی کے ساتھ تقریباً ۱۷ سال کی عمر میں متحد

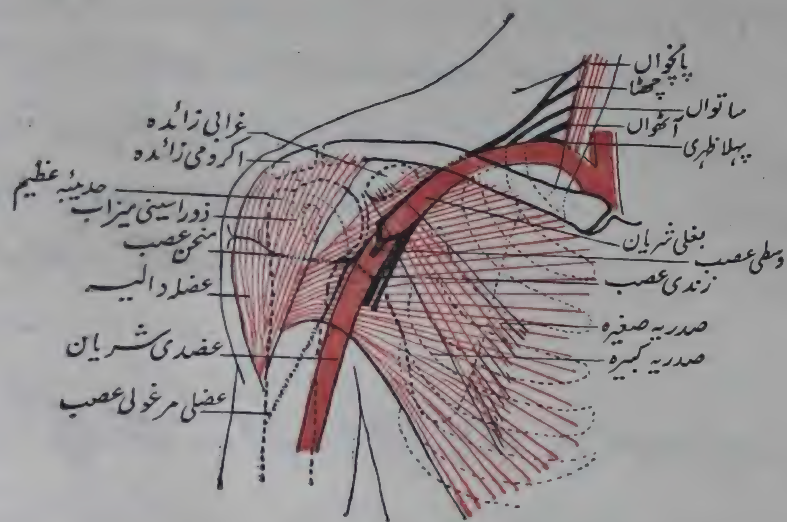
ہوتا ہے۔ فوق وقبی درنہ (supraglenoid tubercle) جو ذوراسین (biceps) کے طویل سر کا مبدا ہوتا ہے غرابی بربالہ کا ہی حصہ ہوتا ہے۔ باوجود اسکے کہ غرابی زائدہ سے قوی عضلات چسپیدہ ہوتے ہیں، بےجگہ وضعیت بالعموم خفیف سی ہوتی ہے کیونکہ غرابی ترقوی رباطات شاذونادر ہی پھٹتے ہیں۔ یہ معلوم رہے کہ رباطات اس زائدہ کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ چند واقعات میں یہ زائدہ عضلی فعل کی شدت سے علیحدہ ہو چکا ہے۔ 275

جسم کتف کے جو کسور زیادہ عام ہیں انمیں سے ایک صفیحہ (blade) کا مستعرض یا ترچھا کسر ہے جو شوکہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ چونکہ تحت شوکی (infraspinatus)، زیرکتفی (subscapularis) اور دیگر عضلات دونوں ٹکڑوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں اسلئے عام طور پر صرف خفیف سی غیر وضعیت ہی واقع ہوتی ہے۔ **جراحی عنق** (surgical neck) میں سے کسر واقع ہو سکتا ہے اور یہ اس ہڈی کا ایک تنگ حصہ ہے جو وقبی حفرہ کے پیچھے اور فوق کتفی کٹاؤ (کتفی ثلمہ: incisura scapularis) کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا چھوٹا ٹکڑا غرابی زائدہ پر مشتمل ہوگا اور بڑا اکرومی پر۔

کتف کے سلعات۔ مختلف قسم کے سلعات کتف سے پیدا ہوتے ہیں اور یہ زیادہ تر اس ہڈی کے اسفنجی حصوں یعنی شوکہ، عنق اور تحتانی زاویہ پر نمودار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات صرف کتف کا استیصال کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ اس حالت میں وہ بڑا نصاب جس پر جارحۂ اعلیٰ گردش کرتا ہے دور کر دیا جاتا ہے۔ لہذا ان حالتوں میں بین کتفی صدری (interscapulo-thoracic) بتر سرانجام دینے کا زیادہ رواج ہے، جو بعض اوقات ان خبیث سلعات کے لئے کیا جاتا ہے جو کندھے کے جوڑ کے قرب و جوار پر اثر انداز ہوں۔

بغل (نیز دیکھو صفحہ 261) - جراحی نقطۂ نگاہ سے بغل کو گردن اور جارحہ اعلےٰ کے درمیان کی گذرگاہ تصور کیا جا سکتا ہے (شکل ۶۳)۔ بغلی سلعات اور خراجات منتشر ہو کر گردن میں جا سکتے ہیں اور اسی طرح عنقی بالیدیں اور قیحی اجتماعات بھی بغل تک پہنچ سکتے ہیں۔ جلد کے جس حصہ سے بغل کا قاعدہ بنتا ہے اس پر بہت سے چھوٹے چھوٹے بال

ہوتے ہیں، اور اس میں کثیر التعداد دہنی اور عرقی غدد پائے جاتے ہیں۔ اس جلد میں چھوٹے چھوٹے سطحی خراجات، جو غدی بافتوں کے تقیح سے پیدا ہوتے ہیں اکثر مشاہدہ کرنے میں آتے ہیں، اور یہ جلد کے کپڑوں سے رگڑ کھانے سے رونما ہوتے ہیں۔ چونکہ بغل کی جلد میں رگڑ کے اثر سے خراشیدہ اور ملتہب ہوجانے کا رجحان موجود ہوتا ہے اسلئے سیمابی دُہان کے استعمال کرنے کی



شکل ۶۳۔ بغلی شریان اور عضدی ضفیرہ کا تعلق کندھے کے جوڑ اور بغل سے۔

غرض سے جیسا کہ آتشک میں کیا جاتا ہے اس مقام کا انتخاب اچھا نہیں۔

جلد اور اوپری ردا کے نیچے **بغلی ردا** (axillary fascia) ہوتی ہے اور اس غشا کے آگے **بغلی فضا** (axillary space) ہوتی ہے۔ جس انضالی بافت سے بغلی فضا پُر ہوتی ہے وہ بہت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ ڈھیلا پن بازو کی آزاد حرکت کی مساعدت کرتا ہے مگر ساتھ ہی اسکی وجہ سے بڑے بڑے تقیحی اجتماعات اور خون کی بہت وسیع وعا بدریاں بھی پیدا ہوجاتی ہیں۔

اس خطہ میں ردا کی ترتیب کا یاد رکھنا ضروری ہے ۔ تین تہوں سے زیادہ تر سابقہ پڑتا
ہے ۔ (۱) عمیق صدری ردا جس سے عضلہ صدریہ کبیرہ پوشیدہ اور محصور ہوتا ہے ۔ (۲) ترقوی
صدری ردا جو ترقوہ سے منضم ہوتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ (subclavius) کو محصور کرتی ہے،
اور ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کی شکل میں نیچے کی طرف چلی جاتی ہے اور زیر ترقوی 277
عضلہ اور عضلہ صدریہ صغیرہ کے درمیان کی فضا کو پُر کرتی ہے ۔ اور یہ بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے
سامنے واقع ہوتی ہے ۔ اسکے بعد یہ ردا تقسیم ہو کر عضلہ صدریہ صغیرہ کو محصور کر لیتی ہے اور بغل کے
مقدم شکن پر عمیق صدری تہ سے مل جاتی ہے جس سے بغلی ردا بنجاتی ہے ۔ یہ ساری غشا بعض اوقات
"بغل کے تعلیقی رباط" (suspensory ligament of the axilla) کے نام سے موسوم
کی جاتی ہے، کیونکہ یہ بغلی ردا کو ترقوہ کی طرف اوپر کھینچتی ہے اور بغل کے گڑھے کی پیدائش کا
موجب زیادہ تر یہی ہے ۔ (۳) بغلی ردا جو قبل الذکر دونوں رداؤں کے متحد ہو جانے سے بنتی ہے
اور بغل کے قاعدہ پر اسکے مقدم شکن سے لیکر موخر شکن تک پھیلی ہوتی ہے ۔ بغل کے بالوں کے
نیچے یہ باریک ترین ہوتی ہے ۔

بغلی خطہ کے قرب و جوار کا خراج

عضلہ صدریہ کبیرہ کے نیچے اور دونوں صدری عضلات کے درمیان یا عضلہ صدریہ صغیرہ اور ترقوی صدری ردا کے نیچے اور اسلئے بغلی فضا میں بن سکتا ہے ۔ بغلی فضا میں ڈھیلی ڈھالی بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے عظیم الجسامت کہفۂ خراج بنجاتا ہے ۔ جب خراج سے بغل پُر ہو جاتی ہے تو یہ عضلہ صدریہ کبیرہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے، اور بغل کے جوف کو کم و بیش بھر دیتا ہے اور کتف کو پیچھے کی طرف ہٹا دیتا ہے اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (مقدم) اور زیر کتفی عضلہ کے درمیانی زاویہ کو چوڑا کر دیتا ہے ۔ لہذا جن خراجات کا تدارک نہ کیا گیا ہو انہیں اوپر کی طرف پھیل کر گردن میں چلے جانے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے ۔ کیونکہ یہی وہ سمت ہے جس میں مزاحمت اقل ہوتی ہے ۔ تقیحی اجتماع گردن سے منصف میں بھی جا سکتا ہے ایک واقعہ میں بغلی خراج نے جس کی ابتدا کندھے کے جوڑ کے مرض سے ہوئی تھی پہلی بین ضلعی فضا کو منثقب کر دیا تھا اور یہ مہلک ذات الجنب کا باعث ہوا تھا ۔

بغلی خراج کھولتے اور درحقیقت اس فضا میں تمام شگاف دیتے وقت چاقو بغل کے فرش کے مرکز پر یعنی مقدم اور موخر حاشیوں کے وسط میں اور اس فضا کی اندرونی یا صدری

طرف کے قریب داخل کرنا چاہیئے بغیر سوچے سمجھے شگاف دینے سے جن عروق کو نقصان پہنچنے کا امکان ہوتا ہے وہ زیر کتفی (subscapular) عروق ہیں جو زیر کتفی عضلہ کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں، اور جانبی (طویل) صدری عروق ہیں جو چھوٹے صدری عضلہ کے زیرین کنارے کی متابعت کرتے ہیں، اور نیز وہ بڑے بڑے عروق ہیں جو ذراعیہ کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اگر چاقو مناسب طریقہ پر داخل کیا جائے تو اسے قبل الذکر دونوں عروق کے درمیان اور بڑے بڑے تنوں سے کافی دور رہنا چاہیئے۔ ایک شریان ہے جو بعض اوقات بغلی تنے کی سب سے نیچے کی شاخ کی شکل میں نکلتی ہے، اور بغل کے وسطی حصہ کو عبور کرنے کے بعد طویل صدری شریان کے نیچے صدر پر منقسم ہو جاتی ہے۔ متذکرہ بالا شگاف سے یہ شریان غالباً زخمی ہو جائے گی۔ مگر یہ شریان بہت غیر مستقل اور چھوٹی سی ہوتی ہے اور سطح کے زیادہ نیچے نہیں ہوتی۔ یہ بالعموم عورتوں میں پائی جاتی ہے۔

بغل کے لمفی غدد۔ بغلی غدد کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ جراحی نقطۂ نگاہ سے بہت اہم ہیں (دیکھو شکل ۵۸ صفحہ 243)۔ انکو چار گروہوں میں ترتیب دیا جا سکتا ہے (۱) انمیں سے بیشتر بغلی ورید کے اندر کی طرف بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتے ہیں، غدد کا یہ **مرکزی گروہ** جارحۂ اعلیٰ اور پستان سے لمف وصول کرتا ہے۔ داحس (whitlow) یا بازو کے کسی عفونتی التہاب سے بغل میں جو درد محسوس ہوتا ہے اسی گروہ کے التہاب سے پیدا ہوتا ہے جسکو بین ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) عصب منتقل کرتا ہے۔ (۲) **عمیق بغلی گروہ** بغلی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ مرکزی گروہ سے لمف وصول کرتا ہے، اور زیرین عمیق عنقی غدد سے جو زیر ترقوی مثلث میں واقع ہوتے ہیں مسلسل ہو جاتا ہے۔ (۳) دوسرے غدد عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر بغل کی صدری طرف پر صدری عضلات کے زیرین کنارے کے ذرا پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ انمیں چھاتی کے سامنے کی طرف کے عروق لمف اور پستان کے بڑے بڑے عروق لمف اور حدِ ناف تک کے شکم کے سطحی عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ انکے برآر عروق زیادہ تر غدد کے مرکزی گروہ ہی میں جاکر داخل ہوتے ہیں۔ یہ غدد بعض عوارض پستان میں اور چھاتی اور شکم کے بالائی حصے پر آبلے پیدا ہونے یا دیگر سطحی التہاب وغیرہ کے واقع ہونے کے بعد سب سے پہلے کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ عورت کے پستان کا بغلی زائدہ

279 اس گروہ سے مس کرتا ہے۔ (۴) بقیہ غدد بغل کے پیچھے کی طرف زیر کتفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ انکے ساتھ کمر کے کتفی اور قطنی خطوں کے عروق لمف آکر ملتے ہیں۔

یہاں یہ معلوم کرلینا بھی مناسب ہوگا کہ عضلہ دالیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی میزاب میں عام طور پر ایک یا دو لمفی غدد پائے جاتے ہیں انمیں انگشت اشاریہ اور بازو کی بیرونی طرف اور کندھے اور پستان کے کچھ حصہ کے عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ اگر انگشتِ اشاریہ کا کوئی سرایتی عارضہ التہاب عروق لمف (lymphangitis) پیدا کردے تو اسکی پہلی غدی مزاحمت اکثر اس ایک غدہ پر ہوتی ہے جو زیر ترقوی خطہ میں غرابی زائدہ کے پاس واقع ہوتا ہے۔ عضلہ دالیہ (deltoid) کے اوپر کے حصہ کے اوپری عروق لمف عنقی غدد کو جاتے ہیں (تلو: Tallaux)۔ اور نیچے کے نصف پر کے بغل کو جاتے ہیں۔ فوق شوکی حفرہ سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ فوق کتفی (مستعرض کتفی) شریان کے ساتھ ساتھ جاکر زیر ترین عنقی غدد سے ملجاتے ہیں۔ کمر کے سطحی عروق لمف جو مستدق ہوکر بغل میں پہنچتے ہیں گردن سے عضلہ منحرفہ (trapezius) کے اوپر سے اور تمام ظہری اور قطنی خطوں سے حرقفی عرف (iliac crest) تک سے آتے ہیں۔

بغلی غدد کا مکمل ازالہ ایک ایسا عملیہ ہے جو اکثر اوقات اور خاصکر سرطان پستان کے واقعات میں سرانجام دیا جاتا ہے۔ ان تک دونوں صدری عضلات دور کرنے سے آزادانہ رسائی حاصل کیجاتی ہے۔ پستان کے سرطان میں بالائی بغلی غدد اور خاصکر وہ غدد جو بغلی ورید کے ساتھ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اسوقت تک مناسب طور پر دور نہیں کئے جاسکتے جب تک کہ عضلہ صدریہ صغیرہ اور عضلہ صدریہ کبیرہ بھی ساتھ ہی علیحدہ نہ کردئے جائیں۔ اِن غدد کے محل وقوع سے یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ جب یہ مرض زدہ ہوجاتے ہیں تو بغلی عروق سے اور خاصکر ورید سے انکے منضم ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

بغلی عروق۔ بغلی ورید باسلیق (basilic) اور عضدی شریان کی دونوں رفیق وریدوں کے متحد ہونے سے بنتی ہے۔ یہ اتحاد عام طور پر عضلہ صدریہ صغیرہ کے زیرین کنارہ پر
280 واقع ہوتا ہے اور اسلئے یہ ورید شریان کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ ورید واحد تنے کی شکل میں موجود نہیں ہوتی بلکہ ترقوہ کے عین نیچے جاکر ایک تنا بنجاتا ہے۔ جب یہ حالت موجود ہوتو

یہ شریان کے عملیہ جات کے لئے بہت غیر مساعد ہوتی ہے کیونکہ شریان کی دونوں طرف جو وریدیں واقع ہوتی ہیں انکو آپس میں ملانے کے لئے بہت سی مستعرض شاخیں شریان کو عبور کرتی ہیں چونکہ بغلی ورید مقابلۃً قلب کے نزدیک واقع ہوتی ہے اسلئے جہانتک اسکے اندر کے خون کا تعلق ہے یہ شہیقی حرکت سے بآسانی متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ ممکن ہے کہ اس عرق یا اسکے بڑے بڑے معاونوں کے کسی زخم میں سے ہوا اندر کھچ جائے اور موت واقع ہو جائے۔ اصلی وریدیں ہوا کے داخلہ کو غالباً اس امر سے مدد ملتی ہے کہ غرابی غشا (ترقوی صدری ردا کا بالائی حصہ) اس عرق سے منضم ہوتا ہے، اور اسلئے اسکا رجحان ورید کے زخمی ہونے کی حالت میں اس کو منفتح رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔

شریان کی نسبت ورید زیادہ کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ زیادہ بڑی اور زیادہ اوپری ہوتی ہے، اور نیز اسطرح واقع ہوتی ہے کہ شریانی تنے پر یہ کم و بیش متراکب ہوتی ہے بخلاف اسکے جبر کے ذریعہ سے جو ضرر عرق کو پہنچتا ہے جیسا کہ خلوع کی ترجیع میں ہوتا ہے اس سے ورید کی نسبت شریان کو زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے۔ بالائی جارحہ کی تمام وضعوں میں شریان بغلی فضا کے بیرونی زاویہ کی طرف ہی رہتی ہے۔ مگر ورید کا جو تعلق بغلی شریان کے پہلے حصہ یعنی اس حصہ سے ہوتا ہے، جو عضلہ صدریہ صغیرہ سے اوپر واقع ہوتا ہے، اس میں جارحہ کی وضع سے تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جب بازو پہلو پر لٹکتا ہے تو ورید شریان کی اندرونی وسطانی جانب پر ذرا آگے کی طرف کو ہوتی ہے۔ مگر جب جارحہ دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے تو ورید کھچ کر شریان کے اتنا آگے آجاتی ہے کہ اسکو تقریباً پوشیدہ کر دیتی ہے۔

بغلی شریان کے پہلے حصہ پر بندش لگانے کے متعلق یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ عضلہ صدریہ کبیرہ کے عضلی ریشہ جات کے دونوں مستویوں کے درمیان بعض اوقات ایک خلوی قفہ موجود ہوتا ہے (ہیتھ: Heath)۔ اگر عضلہ صدریہ صغیرہ کا مبدا دوسری پسلی سے ہو تو شریان کو کم و بیش مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتا ہے اور اسکے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عضدی ضفیرہ کی جو جبل اس شریان سے نزدیک ترین ہوتی ہے اسے بھی غلطی سے بعض اوقات شریان تصور کر لیا جاتا ہے اور یہ اس بندش میں بھی جو شریان کے لئے مقصود ہوتی ہے آسانی سے آجاتی ہے۔ اس عملیہ میں بغلی عروق تک قیفالی ورید (cephalic vein) کے تعاقب سے بآسانی رہنمائی ہو جاتی ہے۔ جونہی یہ شریان عضلہ صدریہ کبیرہ کی طرف کو جاتی ہے مقدم داخلی صدری (anterior

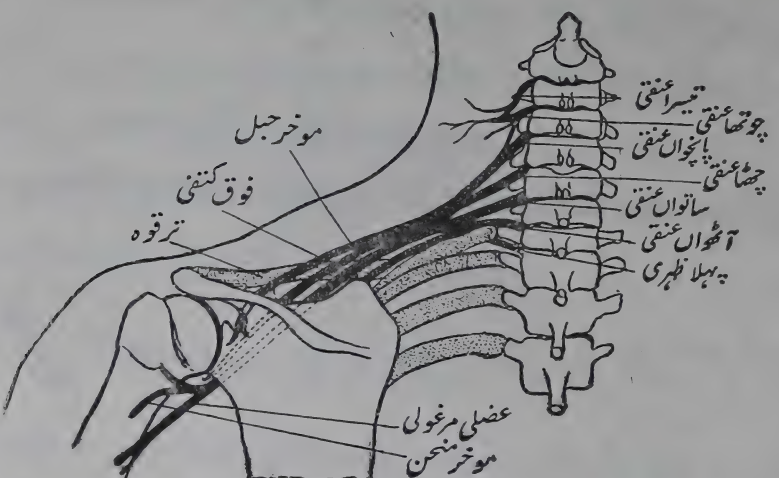
(internal thoracic) عصب ورید اور شریان کے درمیان ظاہر ہو جاتا ہے، اور گاہے گاہے یہ بھی بطور رہنما کے کام دے سکتا ہے۔

اس شریان کے تیسرے حصہ پر بندش لگاتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات ایک عضلی دھجی عروق کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے۔ یہ عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) سے نکل کر عضلہ صدریہ کبیرہ، غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) یا ذوراسین عضلہ سے ملجاتی ہے۔ اس دھجی سے دوران عملیہ میں کچھ اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور یہ غلطی سے بعض اوقات غرابی عضدی عضلہ تصور کر لیجاتی ہے۔

عضدی ضفیرہ (brachial plexus) جب کندھا منخفض ہو تو عضدی ضفیرہ کے بالائی اور وسطی دونوں تنے جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عنقی اعصاب سے بنتے ہیں بغل میں ترقوہ کے نقطۂ وسطی کے ذرا باہر کی طرف داخل ہونے کے لئے قصی حلمی عضلہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارے کے نیچے سے گزرتے ہوئے گردن میں واضح طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۶۳)۔ یہ عصبی تنے پہلی پسلی کی اوپر کی سطح کی طرف جاتے ہیں جہاں یہ زیر ترقوی (subclavian) شریان کی اوپر کی اور ظہری طرف پر واقع ہوتے ہیں، اور اس راستہ میں یہ ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت سے گھرے ہوتے ہیں جو کندھے کے ارتفاع اور انخفاض کے ساتھ ساتھ ضفیرہ کو بھی آزادحرکت کرنیکی اجازت دیتی ہے۔ فوق ترقوی خطہ کے اس حصہ پر جہاں شریان کے نبضانات کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف عصبی تنے محسوس کئے جاسکتے ہیں (خاصکر جبکہ مریض بیٹھا ہوا اور اسکا کندھا منخفض ہو) ضفیرہ میں بازو کی عدم حسیت پیدا کرنے کے لئے اشرابات کئے جاتے ہیں۔

بالائی تنا جو پانچویں اور چھٹے اعصاب سے بنتا ہے چوٹ کے لئے دوسروں کی نسبت کہیں زیادہ معرا ہوتا ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ اسکا مبدا وسطی اور زیرین تنوں کے مقابلہ میں گردن میں زیادہ اونچا ہوتا ہے۔ لہذا اگر گردن زور سے بائیں طرف کو جھکائی جائے جیسا کہ دائیں کندھے پر بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو دائیں جانب کے بالائی تنے پر وسطی اور زیرین حبال کی نسبت زیادہ بار پڑتا ہے (شکل ۶۴)۔ بوقت پیدائش کتفی تطریق (presentation) کی حالتوں میں، یا جب کبھی کندھا اور گردن کسی حادثہ کی وجہ سے زور کے ساتھ ایک دوسرے سے الگ ہٹ جاتے ہیں تو بالائی حبل پر بار پڑنے یا اسکے منشق ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے

جو عام طور پر شلل آرب (Erb's palsy) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے - یہ یاد ہوگا کہ فوق کتفی (suprascapular) منحنی (circumflex) (بغلی: axillary) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اعصاب اس تنے سے نکلتے ہیں - نیز معین نما عضلات (rhomboids) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اعصاب بھی اسی سے



شکل ۴۶ - عضدی ضفیرہ کے بالائی اور وسطی تنے یہ ظاہر کرنے کے لئے پیچھے سے دکھائے گئے ہیں کہ کندھے کا انخفاض یا سر کی جانبی تبعید عصبی احبال کو کسطرح تنیدہ کرسکتی ہے اور انکو نقصان پہنچا سکتی ہے -
(پوائے رئیر: Poirier کے مطابق-)

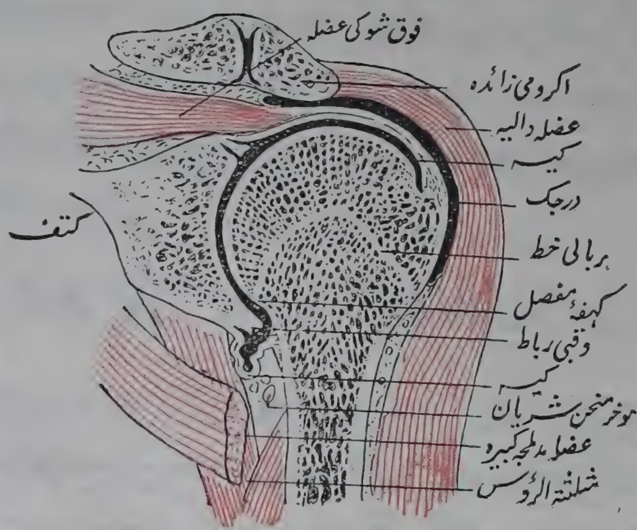
نکلتے ہیں - بہرکیف انشقاق بالعموم ان موخرالذکر اعصاب کے مبدا کی بعیدی جانب پر واقع ہوتا ہے لہذا یہ عضلات بچ جاتے ہیں - شلل آرب (Erb's palsy) میں جو عضلات ماؤف ہوتے ہیں وہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus) تحت شوکی عضلہ (infraspinatus)، عضلہ مدلجہ صغیرہ (teres minor)، عضلہ دالیہ (deltoid)، غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) ذوراسین (diceps) عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کعبریہ (brachio-radialis)

ہیں اور گاہے گاہے عضلہ باطحہ (supinator) (قصیرہ: brevis)، عضلہ باسطہ رسغیہ کعبریہ طویلہ
(extensor carpi radialis longior) اور عضلہ کابہ (کعبریہ) مدلحبہ (pronator
(radii) teres) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں حسی شلل دیکھنے میں 283
نہیں آتا۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ پانچویں عنقی عصب کو کاٹنے سے عضلی شلل کا جو رقبہ نمودار ہوتا
ہے وہ اتنا ہی وسیع ہوتا ہے جتنا کہ پانچویں اور چھٹے متحدہ اعصاب کو کاٹنے سے حاصل ہوتا
ہے (ولفرڈ ہیرس: Wilfred Harris)۔ عضدی ضفیرہ کے مکمل طور پر منشق ہو جانیکی حالتیں
حس کہنی سے آگے پوری طرح غائب ہو جاتی ہے۔ مگر بازو اور کندھے میں عمیق حاسیت برقرار
رہتی ہے (شیرن: Sherren)۔ ایسے ضررات پیدا ہونے کی صورت میں نازل عنقی
(descending cervical) اور بین ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) اعصاب
سے حاصل شدہ اعصاب بازو میں اپنے محل پر قائم رہتے ہیں۔

بغلی اعصاب۔ زخم سے کسی ایک عصب کو بھی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مگر
وسطی (median) کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے اور عضلی مرغولی (musculo-
spiral) کو سب سے کم۔ موخرالذکر عصب کی نقابلی ماموینت کی توجیہ اسکے عمیق محل اور اسکے
جارحہ کی اندرونی اور موخر جانب پر واقع اور اسکے عظیم الجسامت ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ پر
ایسے جرح کا عمل ہونے سے جو کم و بیش مکمل قلع سے کسیقدر کم ہو اعصاب شاذ و نادر ہی ٹوٹتے
ہیں اور اگر یہ زور سے کھچ جائیں تو بغل میں ٹوٹنے کی نسبت انکے حبل شوکی سے جہاں یہ اس سے
چسپیدہ ہوتے ہیں علیحدہ ہو جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ فلوبرٹ (Flaubert)
نے ایک واقعہ درج کیا ہے جسمیں اخیر کے چار عنقی اعصاب مخلوع کندھے کی ترجیع کے لئے
شدید کوشش کرتے وقت حبل سے علیحدہ ہو گئے تھے۔

خطۂ دالیہ۔ یہ خطہ جو کندھے کی چوٹی پر مشتمل ہے ہر طرف سے عضلہ دالیہ
سے محدود ہوتا ہے۔ عضلہ دالیہ (deltoid) عضد کے اوپر کے سرے اور کندھے کے جوڑ کو ڈھکے
ہوتا ہے (شکل ۶۵)۔ لہذا اس جوڑ اور سطح کے درمیان صرف جلد، سطحی روا، عضلہ دالیہ جو اپنے
غلاف میں ہوتا ہے اور کچھ ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت (زیر دالیتی بافت: subdeltoid tissue)

(subacromial: زیر اکرومی) (subdeltoid) درجہک بھی ہوتی ہے جس میں عظیم زیر دالیتی موجود ہوتی ہے۔ زیر دالیتی بافت بعض اوقات ایک واضح دبیز غشا کی صورت اختیار کرلیتی ہے اور اس جوڑ سے جو تقیحی اجتماعات آگے بڑھتے ہیں انکو محدود المقام رکھنے کے لیئے یہ بعض اوقات ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ عضلۂ دالیہ کے اوپر کی شحمی بافت شحمی سلعات کے پیدا ہونے کے لیئے 284



شکل ۶۵ - کندھے کے جوڑ کی تراش جو کیسہ اور بربالی خط اور درجک کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (پوائرئیر: Poirier کے مطابق)

ایک موافق مقام ہے۔

بغلی (axillary) (منحن: circumflex) عصب اور موخر منحن (posterior circumflex) شریان دونوں عضلات مدلجہ (teres muscles) کے درمیانی وقفہ سے نکلتے ہیں اور یہ ذراعیہ کی پوری کے گرد ہڈی کے بالکل نزدیک سے اور جراحی عنق کے خط کے قریب سے افقی رخ میں گھوم جاتے ہیں (شکل ۶۳ صفحہ 276 اور شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ یہ عصب اس ترتیب کی ایک مثال ہے جسکی طرف ہلٹن (Hilton) نے اشارہ کیا ہے اور وہ یہ ہے کہ جوڑ کا اصلی

عصب نہ صرف مفصلی سطوح کو ہی رسد پہنچاتا ہے بلکہ مفصل کے عضلات محرکہ میں سے بڑے عضلات کو اور نیز انکے اوپر کی جلد کو بھی رسد پہنچاتا ہے۔ یہ عصب کندھے کے جوڑ، عضلہ دالیہ، اور عضلہ مدملجہ صغیرہ (teres minor) کو، اور کندھے کے زیریں دو تہائی حصہ اور عضلہ مثلثیۃ الرؤس (triceps) کے بالائی حصہ کے اوپر کی جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ کندھے کی ضربات میں اس کو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ اس حصہ کی کسی سادہ سی کوفتگی سے بہت بری طرح سے کچلا جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ دالیہ میں شلل واقع ہوجاتا ہے۔ مگر کندھے کی کوفتگیوں کے بعد منحنی (circumflex) کو جس کثرت سے کہ پہلے خیال کیا جاتا تھا اسکی نسبت بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔ یہ عصب ذراعیہ کی جراحی عنق کے کسور اور اس ہڈی کے خلوع (خاصکر خلفی خلع) میں، اور ان خلوع کی ترجیع کے لئے شدید کوششیں کرنے کے دوران میں پھٹ جاتا ہے (شکل ۶۳ اور ۶۴)۔

کندھے کا جوڑ۔ جراحی کے ایک نقطہ نگاہ سے جوڑ مندرجۂ ذیل قسموں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) وہ جوڑ جنکی طاقت کا انحصار زیادہ تر رباطات پر ہوتا ہے۔ (۲) وہ جوڑ جو میکانیت کے لحاظ سے پائدار ہوتے ہیں اور جنکی مضبوطی زیادہ تر انکی ان ہڈیوں کی ترتیب سے پیدا ہوتی ہے جن سے یہ بنتے ہیں۔ اور (۳) وہ جوڑ جنکے سہارے کا دارومدار زیادہ تر انکے عضلات پر ہے۔ پہلی قسم کی مثال کے طور پر قصی ترقوی جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ اور دوسری قسم کی مثال کے طور پر کہنی کا جوڑ، اور تیسری قسم کی مثال کے طور پر کندھے کا جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ ایسے مفصل میں خلع واقع ہونے کا امکان سب سے کم ہوتا ہے جسکی مضبوطی کا دارومدار کڑے اور مضبوط رباطات پر ہو۔ مگر جس جوڑ میں خلع سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے وہ تیسری قسم سے ہوتا ہے۔ کیونکہ اسکی مضبوطی کا انحصار زیادہ تر عضلات پر ہوتا ہے جن پر اچانک بار پڑ سکتا ہے اور جنکا بے ترتیب فعل خود جوڑ کی کمزوری کا باعث ہوسکتا ہے۔ خلع کی تسبیب بلاشبہ صرف انہی امور پر ختم نہیں ہوتی۔ وقوع خلع کا بہت کچھ انحصار حرکت کی اس مقدار پر جو کسی مفروضہ جوڑ میں ہوسکتی ہے اور نیز بیرمیت کے اس درجہ پر ہوتا ہے جو اسکے حصوں پر اثر انداز ہوسکتا ہے۔

غرابی اور اکرومی زائدوں اور انکے درمیانی رباطات سے جو محراب بنتی ہے وہ ذراعیہ کے سر کا لازمی سہارا ہے، اور اس مفصل کا ایک اہم حصہ ہے۔ اس محراب کے ساتھ

285

ذراعیہ کا سر قریبی تعلق رکھتا ہے مگر اس سے حقیقی طور پر مس نہیں کرتا (شکل ۶۵) لیکن عضلہ دالیہ کے شلل میں ذراعیہ کا سر بعض اوقات غرابی زائدہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔
یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ جب بازو پہلو کے ساتھ لٹکا ہوتا ہے تو اس ہڈی کے سر کا تقریباً دو تہائی حصہ وقبی کہف (glenoid cavity) سے مس نہیں کرتا۔ اور آنگر (Anger) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اس وضع میں ذراعیہ کے سر کے محیط کا زیرین چوتھائی حصہ اس انتصابی خط کے آگے واقع ہوتا ہے جو اکرومی زائدہ کے مقدم کنارہ سے کھینچا جائے۔ نیز اس
286
وضع میں سر بتامہ غرابی زائدہ کے باہر کی طرف ہوتا ہے۔
وقبی کہف کا حاشیہ بیرونی جانب کی نسبت اندر کی طرف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور حاشیہ کا مضبوط ترین اور حفرہ کا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ ایک معنی خیز امر ہے، کیونکہ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مفصل کے اس حصہ یعنی کیسہ کے زیریں اور اندر کی طرف کے حصہ کو جو مزاولت جراحی میں کمزور ترین ثابت ہوتا ہے مضبوط بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ اسی مقام پر ذراعیہ کا سر کندھے کے خلع میں جوڑ سے علیحدہ ہوتا ہے۔
کندھے کے جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور جتنا بڑا ذراعیہ کا سر ہوتا ہے اس سے دوگنی جسامت کے عظمی سر کی اسمیں گنجائش ہو سکتی ہے۔ کیسہ کا کوئی حصہ بھی دوسرے حصوں کے مقابلہ میں ہمیشہ دبیز نہیں پایا جاتا جیسا کہ کولھے کے جوڑ میں ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کے گرد و نواح میں جو **درجکیں** ہیں ان میں سے **زیر اکرومی** (subacromial) درجک میں مرض سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس تاچہ کا زلابی اتساع غلطی سے جوڑ کا مزمن التہاب تصور کر لیا جاتا ہے (شکل ۶۵)۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ اس درجک کی دیواریں بازو کے مروڑے جانے کی حالت میں خاصکر جبکہ یہ خم کردہ یا بسط کردہ ہو واقعی پھٹ جاتی ہیں۔ جب یہ تاچہ متمدد ہو جاتا ہے تو تبعید سے درد کا احساس سب سے زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ اس وضع میں درجک کی دیواروں میں طبعی طور پر شکن پڑ جاتے ہیں جن سے حدبۂ عظیم کے سامنے ایک قسم کا کالر سا بنجاتا ہے۔ یہ تاچہ بعض اوقات جوڑ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔
زیر کتفی درجک اس جوڑ کی غشائے زلابی کی ایک توسیع ہی تصور کیجا سکتی ہے جو

اس عضلہ کے انتہائی سرے اور کتف کے درمیان تک پہنچی ہوتی ہے۔

بازو کو کندھے کے جوڑ پر گردش دینے پر اگر درد ظاہر ہو تو یہ اس جوڑ کے بالائی اکرومی درجک یا زیر کتفی درجک کے درد سے پیدا ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں ان تینوں میں حرکت واقع ہوتی ہے۔

ذوراسین کا طویل وتر جوڑ کے بالائی حصہ کو مضبوط بناتا ہے، اور جارحہ کی مختلف وضعوں میں ذراعیہ کو وقبی کہفہ سے ملائے رکھتا ہے، اور اس ہڈی کے سر کو اوپر کی طرف اکرومی کے نیچے اسکے بہت قریب کھچ آنے سے روکتا ہے۔ یہ وتر بعض اوقات منشق ہو جاتا ہے، اور اس حالت میں جارحہ کے عمومی ضعف کے اور ایک عجیب قسم کے مرتبہ کے جو اس عضلہ کے پیٹے کے انقباض سے بنتا ہے پیدا ہو جانے کے علاوہ ذراعیہ کا سر عموماً اوپر اور آگے کی طرف کو یہاں تک کھچ آتا ہے کہ غرابی اکرومی محراب اسکو مزاحم آتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات ایک خفیف سا کاذب خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ جارحہ کے بعض شدید جھٹکوں میں جیسے کہ کبھی کبھی کرکٹ کا گیند پھینکتے وقت آجاتے ہیں یہ وتر بعض اوقات رباط مستعرض کو جس سے یہ مربوط ہوتا ہے پھاڑ دیتا ہے، اور اپنے میزاب سے پھسل کر باہر کی یا اندر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے، اور عام طور پر یہ اندر کی طرف کو ہی ہٹتا ہے۔ بعض اوقات مزمن عظمی التہاب مفصل (osteo-arthritis) کے واقعات میں وتر کا دروں کیسی حصہ ذراعیہ کی خراشیدہ مفصلی سطح سے رگڑ کھانے کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں یہ ذوراسینی (bicipital) میزاب سے چسپیدہ ہو جاتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا مرض۔ اس مفصل میں جملہ اقسام کے امراضِ مفصل کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، اس جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے، اور مفصلی سطحیں صرف اردگرد کے عضلات کی تنش کی وجہ ہی سے متقابل رہتی ہیں۔ کلوروفارم دینے کے بعد یہ سطحیں بآسانی علیحدہ کیجا سکتی ہیں اور انکا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ بہرکیف مرض مفصل میں انصباب کی وجہ سے دونوں ہڈیوں میں معتدبہ علیحدگی واقع ہو جاتی ہے۔ براون (Braune) نے فوق شوکی حفرہ میں سے وقبی کہفہ کو منثقب کیا، اور اسمیں معتدبہ دباؤ کے ساتھ چربی کا اشراب کر دیا۔ جب جوڑ مکمل طور پر متمدد ہو گیا تو ذراعیہ کتف سے $\frac{1}{2}$ انچ سے زائد فاصلہ پر پائی گئی۔ اس امر سے

جارحہ کی اس طوالت کی توجیہ ہوتی ہے جو اکثر اوقات اس حصہ کے ایسے مفصلی مرض میں دیکھنے میں آتی ہے جس میں بہت سا انصباب موجود ہو۔ جب کیسہ کا تمدد انتہا کو پہنچ گیا تو ذراعیہ میں ذرا سا بسط واقع ہوگیا اور یہ اندر کی طرف کو گھوم گئی۔ لہذا یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ کندھے کے جوڑ کے مرض میں بازو عام طور پر پہلو کے قریب پایا جاتا ہے اور کہنی کسیقدر پیچھے کی طرف کو ہٹی ہوتی ہے (بسط کردگی) اور جارحہ اندر کی طرف کو گھوما ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ وضع اس جوڑ کے اردگرد کے عضلات کے استوار انقباض سے بھی پیدا ہوجاتی ہو۔ جب اس قسم کے انقباضات
288 موجود ہوں تو ان سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ طاقتور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi)
کو اپنے مخالف عضلات پر فوقیت حاصل ہے اور یہ بازو کی اندر کی طرف کی گردش اور اس کے پیچھے کی طرف نکل جانے کا ذمہ دار ہوسکتا ہے۔ بربالی خط کا اندرونی حصہ کیسہ کے عین اندر ہوتا ہے اور اسکے بیرونی مقدم اور موخر حصے بالکل زیر گرد عظمی ہوتے ہیں۔ لہذا ایسا ہوجاتا ہے کہ تقیحی التہاب بربالہ (suppurative epiphysitis) میں پیپ جوڑ کے اندر چلی جاتی ہے۔

زلابی غشا میں سے دو عطفات نکلے ہوتے ہیں۔ (۱) ایک وہ جو ذوراسینی میزاب (بین درنی تجویف) میں وتر کے ساتھ کچھ فاصلہ تک نیچے کی طرف جاتا ہے۔ (۲) ایک تہ انبان ہے جو زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے زلابی کہفہ اور اس عضلہ کے نیچے کے درجک کے درمیانی ربط سے بنتی ہے۔ جب یہ جوڑ انصباب سے پُر ہوجاتا ہے تو کیسہ یکساں طور پر متمدد ہوجاتا ہے اور کندھا یکساں طور پر گول ہوجاتا ہے اور عطفات کے مقامات پر خاص مرمیات بنجاتے ہیں۔ چنانچہ التہاب زلابی (synovitis) کے ابتدائی درجہ میں عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالیہ (deltoid) کے درمیانی میزاب میں اکثر ایک ورم نمودار ہوجاتا ہے اور یہ ورم بعض اوقات ذوراسین کے مضبوط وتر سے منقسم ہونے کی وجہ سے دولختی معلوم ہوتا ہے۔ زیر کتفی (subscapular) عضلہ سے پرے بغل میں کیسہ کے غیر پوشیدہ حصہ کا امتحان کرنے سے تموج بہترین طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب یہ جوڑ متقیح ہوجاتا ہے تو پیپ مذکورۂ بالا تہ انبانوں میں سے کسی ایک میں چلی جاتی ہے اور یہ اکثر اس تہ انبان میں جاتی ہے جو ذوراسین کے وتر کے ساتھ جاتی ہے۔ چنانچہ اسطرح پیپ ذوراسینی میزاب کے ساتھ ساتھ کچھ فاصلہ تک چلی جاتی ہے۔ اور کندھے کے تدرن زدہ ہونے کی حالت میں جوف کا فتحہ اکثر بازو کے بالائی حصہ کی اندرونی جانب کے نصف پر پایا جاتا ہے۔ ایک مندرجہ واقعہ میں پیپ

جو کندھے کے جوڑ سے نکلی تھی عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کے سر کے ساتھ جا کر کہنی کے باہر کی جانب باہر نکلی تھی۔

خلوع - اس جوڑ کے خلوع جسم کے کسی دوسرے جوڑ کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ اس امر کی توجیہ وقبی حفرہ کے اتھلے پن، ذراعیہ کے سر کے عظیم الجسامت اور گلوب نما ہونے، بازو کی وسیع حرکتوں اور اس سے حاصل شدہ طویل بیرمیت سے اور اس مفصل کی قوت 289
کے زیادہ تر عضلات پر منحصر ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ اعلیٰ اور کندھے پر چوٹ لگنے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

عضلہ کا جو خلع کندھے کے جوڑ پر واقع ہوتا ہے اسکے مندرجۂ ذیل اقسام ہیں:-

۱۔ **زیر وقبی** (subglenoid)۔ نیچے کی اور کسیقدر آگے کی طرف کو۔ نادر الوقوع
تمام اقسام میں ابتدائی خلع یہی ہوتا ہے مگر ذراعیہ کا سر پھسل کر بالعموم زیر غرابی وضع میں چلا جاتا ہے۔

۲۔ **زیر غرابی** (subcoracoid)۔ آگے کی اور ذرا نیچے کی طرف۔ عام قسم۔

۳۔ **زیر ترقوی** (subclavicular)۔ زیر غرابی خلع کی بہت ترقی یافتہ حالت ہے۔

۴۔ **زیر شوکی** (subspinous)۔ نادر الوقوع۔

گاہے گاہے **خلع انتصابی** (luxatio erecta) بھی جو زیر وقبی قسم کی ایک نوع ہے دیکھنے میں آتا ہے۔ اسمیں بازو انتصابی حالت میں بغیر حرکت پذیری کے مثبّت ہوتا ہے۔

تمام مکمل خلوع میں ذراعیہ کا سر مفصلی کہفہ کو چھوڑ کر کیسہ کے انشقاق میں سے نکل جاتا ہے جو خلوع 'کاذب' کہلاتے ہیں انمیں کیسہ منشق نہیں ہوتا۔ مثال کے طور پر اگر نعش میں عضلہ دالیہ (deltoid) کو کاٹ دیا جائے تو ذراعیہ کا سر کیسہ کے منشق ہونے کے بغیر ہی غرابی زائدہ کے نیچے لایا جا سکتا ہے۔ زندگی میں بھی اس عضلہ کے شلل کی حالتوں میں یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس جوڑ کے خلع کی تمام حالتوں میں ابتدائی غیر وضعیت ہمیشہ **نیچے کی طرف** کو ہوتی ہے، اور عضلہ کا سر بغل کے اندر زیر وقبی وضع میں آ جاتا ہے۔ کندھے کے خلوع بالعموم جارحہ کی اسکی تبعیدی حالت میں چوٹ آنے سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا یہ ایسی شدید بلاواسطہ چوٹ سے واقع ہوتے ہیں جو ذراعیہ کو نیچے کی طرف کو دھکیل دے۔ اسلئے جب جارحہ حالت تبعید میں ہوتا ہے تو

ذراعیہ کا سر وقبی حفرہ کے نیچے نکلا ہوتا ہے اور کیسہ کے تحتانی اور نہایت غیر محفوظ حصہ پر متمکن ہوتا ہے اور اسپر دباؤ ڈالتا ہے۔ چونکہ کیسہ کے اس حصہ کے ریشے اس وضع میں زور سے تنے ہوتے ہیں اسلئے اس رباط کو منشق کرنے اور اس ہڈی کو بغل میں دھکیل دینے کے لئے غیر معمولی طاقت کے بروئے کار آنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

چنانچہ ایسا ہوتا ہے کہ اس جوڑ کے خلوع میں کیسہ کا انشقاق اسکی تحتانی اور اندرونی جانب
290 پر واقع ہوتا ہے اور ذراعیہ کا سر زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے آجاتا ہے جس پر ہمیشہ بار پڑ جاتا ہے اور بعض اوقات اسمیں دریدگی بھی واقع ہوجاتی ہے۔ ذراعیہ کا سر جب اسطرح نیچے کی طرف کو دب کر بغل میں پہنچ جاتا ہے تو بعض وجوہ کی بنا پر بعض اوقات وہیں قائم بھی رہتا ہے (زیر وقبی قسم: subglenoid form)۔ اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ملا فتور عضلہ صدریہ کبیرہ دوسرے عضلات کے ساتھ جنکے فعل میں اب کم مزاحمت درپیش ہوتی ہے، اور جارحہ کا وزن جس کے لئے اب سہارا نہیں ہوتا ہڈی کے سرے کو آگے کی اور اندر کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ (زیر غرابی قسم subcoracoid form:)۔ اور آخیر میں اگر ضرب کا رخ نمایاں طور پر سامنے کی طرف سے ہو تو اس ہڈی کا سر پیچھے کی طرف کو اکرومی یا شوکی زائدوں کے نیچے گھس جاتا ہے (زیر شوکی قسم subspinous form:)۔ زیر غرابی قسم کی انتہائی کثرت وقوع کی توجیہ ان امور سے ہوتی ہے کہ جو عضلات ہڈی کو آگے کی طرف کو کھینچتے ہیں انکو ہڈی کو پیچھے کی طرف کو کھینچنے والے عضلات کی نسبت اپنے فعل کی سرانجام دہی میں زیادہ سہولت حاصل ہوتی ہے، اور نیز سر کو آگے کی طرف کو جانے میں ان شدید رکاوٹوں کے مقابلہ میں جو اسکو پیچھے کی طرف سرک کر کتفی شوکہ کے نیچے آجانے میں درپیش ہوتی ہیں بہت خفیف سی مزاحمت پیش آتی ہے۔

کندھے کے جملہ خلوع کے مشترک خصائص ۔ چونکہ عضلہ دالیہ (deltoid) کی گولائی کا انحصار زیادہ تر اسکے نیچے ذراعیہ کے سر کے موجود ہونے پر ہوتا ہے، اور نیز ان تمام خلوع میں (شائد زیر شوکی قسم کے خلوع کی زیادہ خفیف حالتوں کے سوا) سر کا عضلہ دالیہ سے بالکل کوئی تعلق نہیں رہتا اسلئے یہ عضلہ ہمیشہ کم وبیش چپٹا ہوجاتا ہے۔ یہ چپٹا پن عضلہ کی تنیدگی سے جو کسی حد تک ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور بھی زیادہ ہوجاتا ہے۔ عضلہ دالیہ کی تنیدگی کے ساتھ بازو کی تبعید بھی پائی جاتی ہے، اور یہ علامت جملہ خلوع میں ایک کافی حد تک مستقل ہوتی ہے۔ چونکہ

عضلہ ذوراسین بھی کم و بیش نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اسلئے کہنی خمیدہ پائی جاتی ہے اور
پیش بازو منبطح ہوتا ہے۔ خلع کی ہر ایک قسم میں بغل کے انقباضی محیط میں کچھ نہ کچھ اضافہ ہو جاتا
ہے، کیونکہ سر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وقبی حفرہ کو چھوڑنے کے بعد اسکے محیط کے کسی مشمولہ حصے پر آکر
ٹھہر جائے۔ مزید برآں ڈوگاس (Dugas) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر " مریض یا جراح
مضرت رسیدہ جارحہ کی انگلیوں کو صحیح و سالم کندھے پر رکھ سکے درآنحالیکہ کہنی صدر سے مس 291
کرتی ہو (یہ وہ حالت ہے جو اس جوڑ کی طبعی حالت میں حاصل ہوتی ہے) تو خلع موجود نہیں ہوتا اور
اگر ایسا نہ کیا جا سکے تو خلع ضرور موجود ہوتا ہے، کیونکہ یہ حالت جو طبیعی طور پر غیر ممکن العمل ہے
سوائے خلع کے اور کسی تضرر سے پیدا نہیں ہو سکتی" اور اسکی وجہ یہ ہے کہ صدر کے مدور ہونے کے
باعث ذراعیہ کے دونوں سروں کا بیک وقت اس سے مس کرنا ناممکن ہے، اور کندھے کے خلع میں
ہڈی کا بالائی سرا دھڑ سے تقریباً ملا ہوتا ہے۔ اخیر میں بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے محل پر
غور کرنے سے (شکل ۶۳) یہ ظاہر ہو جائے گا کہ زیر غرابی اور زیر وقبی خلوع میں ہڈی کا سر ان ساختوں
کو دبانے سے ضرر پہنچا سکتا ہے۔ چنانچہ جارحہ میں تہیج اور شدید درد پیدا ہو سکتا ہے اور اس کی
عضلی طاقت میں ضعف نمودار ہو سکتا ہے۔ شریان اپنی لچک کی وجہ سے بالعموم بچ جاتی ہے۔ لیکن
بیرآرڈ (Bérard) نے مقدم غیر وضعیت کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں بغلی شریان
ذراعیہ کے سرے سے اسیقدر مضغوط ہو گئی تھی کہ اس سے جارحہ میں گنگرین نمودار ہو گئی تھی۔ چونکہ
عصب منحنی (circumflex nerve) ذراعیہ کے سرے سے قریبی تعلق رکھتا ہے اسلئے اس کو
خاصکر خلع کی زیر وقبی (subglenoid) اور زیر شوکی (subspinous) قسموں میں ضرر پہنچنے کا
بہت احتمال ہوتا ہے۔

کندھے کے خلع کی ہر ایک قسم کی خصوصی تشریح - ۱ - زیر غرابی

(subcoracoid)۔ ذراعیہ کا مفصلی سر کتف کی گردن کی مقدم سطح پر واقع ہوتا ہے اور جراحی
عنق وقبی حفرہ کے مقدم لب پر متمکن ہوتی ہے۔ چنانچہ ذراعیہ کا سر غرابی زائدہ کے عین نیچے اور اپنے
طبعی محل کے آگے کی اور اندر کی طرف اور اس سے ذرا نیچے واقع ہوتا ہے۔ حدیبۂ عظیم خالی وقبی
کہفہ کے بالمقابل ہوتا ہے (شکل ۶۶)۔ زیر کتفی عضلہ (subscapularis) ذراعیہ کے سر کے اوپر
تنیدہ ہو جاتا ہے اور بالعموم کسیقدر دریدہ بھی ہو جاتا ہے۔ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus)

زیر شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدلجہ صغیرہ (teres minor) یا تو کھچ جاتے ہیں اور یا پھٹ جاتے ہیں یا بعض اوقات حدبۂ عظیم ٹوٹ کر علٰحدہ ہو جاتا ہے۔ غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) کا چھوٹا سر تن جاتے ہیں اور ذراعیہ کے 292
سر کے اندر کی طرف واقع ہونے کی بجائے عین اسکے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا طویل وتر نیچے کی اور باہر کی طرف کو منصرف ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ پھٹ کر میزاب سے علٰحدہ ہو جاتا ہے مگر ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔



شکل ٦٦ - ذراعیہ کا زیر غرابی خلع۔

عضلہ دالیہ (deltoid) میں تنیدگی پائی جاتی ہے۔ بغل کے سامنے ذراعیہ کے سر سے جو ابھار بنتا ہے اسکا انحصار کسیقدر گردش کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر ہڈی باہر کی طرف کو گردش کر جائے تو مرمیہ نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ اندر کی طرف کو گھوم جائے تو اسکا سر بغل میں نیچے اتر جاتا ہے، اور جلد کی بجائے کتف سے زیادہ مس کرتا ہے۔ چونکہ ہڈی کا سر ہمیشہ ذرا نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے لہٰذا جارحہ کے طول میں حقیقی اضافہ کا پایا جانا ہر حالت میں ضروری ہے۔ لیکن اگر ہڈی کا سر کافی فاصلہ تک آگے کی اور اندر کی طرف کو چلا گیا ہو اور جارحہ حالت تبعید میں ہو تو یہ ممکن ہے کہ معمولی طریقہ پر پیمائش کرنے سے جارحہ میں اضافہ پائے جانے کی بجائے پیمائش طبعی ہو، یا ظاہری قصر موجود ہو۔ جب سر وقبی کہفہ کو چھوڑ دے تو حالت تبعید میں خارجی (جانبی) قندال کا رجحان اکرومی کے نزدیک آنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ وہ دو نقاط ہیں جنکے درمیان عام طور پر پیمائش کیجاتی ہے۔ لہٰذا بازو کے ظاہری طول کا انحصار زیادہ تر ذراعیہ کی تبعید کی مقدار یا ہڈی کے محور کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔

۲۔ زیر وقبی (subglenoid)۔ سر اپنے طبعی محل کے نیچے اور اسکے ذرا سامنے اور 293
اندر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ سیدھا نیچے کی طرف نہیں جا سکتا کیونکہ مثلثۃ الرؤس (triceps) کا طویل سر نیچے موجود ہوتا ہے۔ بلکہ یہ اس عضلہ اور زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے درمیانی وقفہ میں

چلا جاتا ہے - ذراعیہ کے سر کی مفصلی سطح اُس مثلث رقبہ کی مقدم جانب پر متمکن ہوتی ہے جو وقبی حفرہ کے عین نیچے ہوتا ہے اور جس سے مثلثۃ الرؤس (triceps) نکلتا ہے - حدبۂ عظیم کا بالائی کنارہ جوڑ کے زیریں حاشیہ سے قریبی تعلق رکھتا ہے - زیر کتفی عضلہ (subscapularis) جو ذراعیہ کے سر کو مثبت رکھتا ہے بہت تنیدہ ہو جاتا ہے یا پھٹ بھی جاتا ہے - فوق شوکی (supraspinatus) اور زیر شوکی (infraspinatus) عضلات تنیدہ ہو جاتے ہیں یا پھٹ بھی جاتے ہیں - اور دونوں عضلات مدلجیہ (teres muscles) زیادہ متاثر نہیں ہوتے تا وقتیکہ بازو کی معتدبہ تبعید موجود نہ ہو غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) تنیدہ ہوتے ہیں اور کسیقدر تبعید کی وجہ سے جو بالعموم موجود ہوتی ہے، ذوراسین کا وتر خط مستقیم سے بہت کم منصرف ہوتا ہے -



شکل ۶۷ - ذراعیہ کا زیر شوکی خلع -

۳ - زیر شوکی (subspinus) یہ بالعموم کتف کی گردن کی موخر سطح پر متمکن ہوتا ہے اور ذراعیہ کی جراحی عنق کا میزاب وقبی حفرہ کے موخر لب کا متناظر ہوتا ہے - چنانچہ سر اکرومی (acromion) کے نیچے واقع ہوتا ہے - مگر بعض اوقات یہ اور پیچھے بھی ہٹ جاتا ہے اور یہ ظہر کتف (dorsum scapulæ) پر اوپر اور کتفی شوکہ کے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے (شکل ۶۷)- زیر کتفی عضلہ کا وتر کچھ کر وقبی حفرہ کے اوپر ایک طرف سے دوسری طرف تک کھنچا جاتا ہے اور اکثر اپنی چسپیدگی سے علٰحدہ ہو جاتا ہے - ذراعیہ کا سر عضلہ دالیہ (deltoid) کے عقبی حصہ اور تحت شوکی عضلہ 294
(infraspinatus) اور عضلہ مدلجیہ صغیرہ (teres-minor) کو پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے - موخر الذکر عضلات اس ہڈی کو ڈھکے ہوتے ہیں اور اسکے اوپر تنے ہوتے ہیں - صدریہ کبیرہ نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اور اسکی تنیدگی سے ذراعیہ کی اندرونی گردش اور مقدم تبعید کی جو عام طور پر دیکھنے میں آتی ہیں کسی حد تک توجیہ ہو جاتی ہے - یہ دونوں حرکتیں کم و بیش عدیم التضاد ہوتی ہیں، اور

عصب منحنی (cicumflex) اکثر پھٹ جاتا ہے۔

طریقۂ کاخر (Kocher's method) کی تفصیل جس سے اس خلع کی ترجیع کیجاتی ہے مذکورۂ بالا تشریحی بحث سے معلوم ہو سکتی ہے۔ عام زیرغرابی خلع کو مدنظر رکھتے ہوئے طریقۂ کاخر (Kocher's method) کا طرز عمل تین مراحل پر تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ذراعیہ کو باہر کی طرف بہت آہستہ آہستہ گھمایا جاتا ہے، اور اس حالت میں پیش بازو کو بازو پر خمیدہ رکھا جاتا ہے اور کہنی کو پکڑ کر دھڑ کے نزدیک اور اسکے ذرا آگے کی طرف کو رکھا جاتا ہے۔ اس دست ورزی کے ذریعہ سے اس ہڈی کے سر کو پھسلا کر اسی راستہ پر سے واپس لانے اور اسکو عضلات سے (اور بالخصوص زیرکتفی عضلہ سے) جنیں یہ پھنس جاتا ہے نکالنے کی کوشش کیجاتی ہے۔ (۲) کہنی کو عین سامنے کی طرف حرکت دیجاتی ہے اور یہ بھی بہت آہستہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ اس سے کیسہ کے انشقاق میں کشادہ لبی پیدا کر دیجاتی ہے، اور ذراعیہ کا سر کیسہ کے فتحہ کے قریب کر دیا جاتا ہے۔ اور (۳) ہاتھ کو طرف مقابل کے کندھے پر دفعتہً لے جانے اور کلائی کو چھاتی پر لے آنے سے ذراعیہ کو جلدی سے اندر کی طرف کو ۸۰ درجہ کے برابر گھما دیا جاتا ہے۔ اس سے سر کیسہ کی دریدگی میں سے جو ابھی تک منفتح ہی ہوتی ہے پھنس کر اندر چلا جاتا ہے۔

خلوع کی اور بالخصوص ان خلوع کی جو بہت مدت سے موجود ہوں ترجیع کرتے وقت بغلی ساختوں کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچ جاتا ہے۔ بغلی شریان کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے، اور ورید کو بہت کم، اور عصب کو اس سے بھی کم۔ چونکہ شریان باہر کی طرف واقع ہوتی ہے، اسلئے اس کے ان نرم بافتوں سے جو اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی ہڈی کے سر کو پوشیدہ کرتی ہیں منضم ہوجانے اور اسلئے ان حصوں میں مداخلت کرتے وقت اس کے منشق ہو جانے کا امکان ہوتا ہے (شکل ۶۳ صفحہ 276)۔

ذراعیہ کے بالائی سرے کے کسور۔ تشریحی عنق (anatomical neck)

کیسہ کا بالائی حصہ عین تشریحی عنق سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس محل کا کسر بعض اوقات
295 اس رباط کی دوسری طرف چلا جاتا ہے اور جزوی طور پر بروں کیسی ہوتا ہے (شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ کیسہ کا زیرین حصہ تشریحی عنق کے ذرا نیچے چسپیدہ ہوتا ہے، اور اسلئے یہ ضروری ہے کہ اگر ضرر اس محل پر واقع ہو تو وہ ضرور دروں کیسی ہوگا۔ جس خط پر کیسہ کا زیرین حصہ ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے

اس سے ریشہ جات معکوس ہو کر اوپر کی طرف مفصلی غضروف کے جو اس ہڈی کے سر پر ہوتی ہے حاشیہ کی طرف چلے جاتے ہیں۔ اگر ان ریشہ جات میں انشقاق نہ واقع ہوا ہو تو ان سے ٹکڑوں میں تعلق قائم رہتا ہے۔

اوپر کا ٹکڑا جو چھوٹا سا اور نسبتاً کثیف ہوتا ہے اسفنجی ہڈی کے اس وسیع رقبہ میں جو نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کی سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے بآسانی منغرز ہو جاتا ہے۔ اس انغراز کے واقع ہونے پر عضلہ دالیہ میں کسیقدر چپٹا پن واقع ہو جاتا ہے کیونکہ اس سے سر کے ابعاد کم ہو جاتے ہیں اور اسلئے یہ عضلہ دالیہ میں ابھار پیدا نہیں کر سکتا۔ گو مطب میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ اسکی تعویبض درون مفصلی انصباب سے ہو جاتی ہے اور اسی کی وجہ سے یہ نظر نہیں آتا۔ اگر انغراز واقع نہ ہو تو اوپر کا چھوٹا سا ٹکڑا اکثر اپنے اوپر گھوم جاتا ہے اور اپنی جگہ سے ہٹ کر بعض اوقات بغل میں چلا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اسکا قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا اس کسر میں انغراز ایک مفید چیز ہے۔ اسی لئے تکلنک حاصل کرنے کے لئے جس سے انغراز کے زائل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے کوئی کوشش نہ کرنا چاہیے بلکہ تشخیص کی توضیح کو لاشعاعوں کے امتحان پر چھوڑ دینا چاہیے۔

۲۔ **اوپر کے بربالہ کی علٰحدگی**۔ اس بربالہ کا زیرین کنارہ اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو حدبۂ عظیم کے قاعدہ پر ہڈی کو کاٹتا ہوا اور تشریحی اور جراحی عنقوں کے درمیان واقع ہو (دیکھو شکل ۱۵، صفحہ 284)۔ آری کی مستعرض کاٹ جو اس ہڈی کے سب سے چوڑے حصہ میں سے گزرتی ہوا اسکے محل کو کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ اس بربالہ کے تینوں ترکیبی نوات (سر اور حدبہ جات عظیم و صغیر) پانچویں سال کے قریب متحد ہوتے ہیں، اور یہ تمام تودہ پوری سے بیسویں سال کے قریب قریب ملتا ہے۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو حدبۂ عظیم سے چسپیدہ ہوتے ہیں باہر کی طرف کو نکل جاتا ہے اور باہر کی طرف کو ہی گھوم جاتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو ذوراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی اور آگے کی طرف کو کھچ جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے صاف سرے کا کچھ حصہ غرابی زائدہ کے نیچے عام طور پر ایک نمایاں مرمیہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جارحہ کا محور متغیر ہو جائیگا اور کہنی پہلو سے ذرا دور رہیگی علاوہ ازیں تمام غیر وضعیت اکثر متقدم موخر رخ میں بھی ہوتی ہے اور نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو نکلا ہوتا ہے۔ چوٹ کے مقام پر ہڈی کی دونوں سطحیں ایک دوسری سے اتنی دور ہوتی ہیں کہ انکا تراکب مشکل ہی سے ممکن ہوتا ہے۔

۳۔ **جراحی عنق**۔ جراحی عنق حدبیہ جات کے قاعدوں اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدلجہ کبیرہ (teres major) کے منتہاؤں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں جو کسر واقع ہوتا ہے وہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے، اگرچہ ہڈی کی ایک گرچ اکثر پوری پر سے اوپر کو بھی اٹھی ہوتی ہے۔ کسر کا خط ان عضلات کے منتہاؤں سے نیچے ہوتا ہے جو حدبیوں سے چپکے ہوتے ہیں اور بالعموم یہ ان سے اوپر ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ عضلہ صدریہ کبیرہ، عضلہ عریضہ ظہریہ اور عضلہ مدلجہ کبیرہ کے منتہاؤں پر سے گزرتا ہے جو ذوراسینی میزاب پر واقع ہوتے ہیں۔ ٹکڑوں میں جو عام غیر وضعیت پائی جاتی ہے مندرجہ ذیل ہے:۔ اوپر کا ٹکڑا بالعموم باہر کی طرف کو نکل جاتا ہے اور فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات اور عضلہ مدلجہ صغیرہ اسکو باہر کی طرف کو گھما دیتے ہیں لیکن بعض اوقات اسمیں زیادہ غیر وضعیت نہیں پائی جاتی نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے کو عضلہ دالیہ، ذوراسین، غرابی عضدی عضلہ اور مثلثۃ الرؤس اوپر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں۔ اور جو عضلات ذوراسینی میزاب پر چپیدہ ہوتے ہیں وہ اسکو اندر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور عضلہ صدریہ کبیرہ اسکو آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے۔ چنانچہ اس سے بغل میں ایک مرمیہ بنجاتا ہے اور نیچے کے ٹکڑے کا محور بھی متغیر ہوجاتا ہے جس سے اسکا رخ اوپر کی اور اندر کی طرف ہوجاتا ہے اور کہنی پہلو سے مبتعد ہوتی ہے۔ جب تک ذراعیہ کا سر وقبی کہفہ میں رہتا ہے کندھے کی چوٹی میں کوئی چپٹا پن نہیں پایا جاتا جیسا کہ خلع میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بہرکیف اس سے ایک یا دو انچ نیچے ایک نشیب دکھائی دیتا ہے تاوقتیکہ وہ نزفی انصباب سے پر نہ ہوجائے۔ بازو میں ایک انچ یا اس سے زائد قصر واقع ہوجاتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے سے عضدی اعصاب کے دب جانے سے بعض اوقات شدید درد پیدا ہوجاتا ہے یا انکو شدید قسم کا نقصان پہنچ جاتا ہے۔ عصب منحنی (circumflex) کو جو کسر کے لیول پر قاعدہ کے گرد ہو کر گزرتا ہے نہایت کثرت سے ضرر پہنچتا ہے۔ شریان اور ورید کو بھی مضرت پہنچ جاتی ہے گو اعصاب کے مقابلہ میں ایسا کم ہوتا ہے۔ 297

مذکورۂ بالا غیر وضعیت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ایسے واقعات بھی درج ہیں جنمیں نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کا سرا (ا) ابتدائی تسببی طاقت سے آگے کی طرف کو ہٹ گیا تھا یا (ب) عملی طور پر مطلقاً ٹلا ہی نہیں تھا۔

کندھے کے جوڑ پرسے بتر۔ عضلہ دالیہ سے ایک معیاری بتری دامن

طیار ہوتا ہے۔ اس کی خونی اور عصبی رسد موخر منحنی (posterior cicumflex) عروق اور منحنی (circumflex) عصب کی وجہ سے جن کو کیسہ کے کاٹنے سے پیشتر ذراعیہ کے بالائی سرے کی موخر جانب پر سے دامن اٹھاتے وقت بچانا ضروری ہوتا ہے محفوظ رہتی ہے۔ غرابی زائدہ اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے نیچے اور بغلی عروق کے خط کے ساتھ ہی باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔
طریقہ سپینس (Spence's method) کے مطابق شگاف غرابی زائدہ کے عین باہر کی طرف سے لے کر عضلہ دالیہ کو کاٹتا ہوا اس کی کور کے متوازی دیا جاتا ہے اور پھر اس کو اس کے منتہی سے اوپر مستعرض رخ میں عضلہ دالیہ پر سے بازو کے موخر اندرونی کنارہ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس مقام تک یہ تمام شگاف بے روک ٹوک ہڈی تک گہرا دیا جاتا ہے۔ مگر جو چیرا اس شگاف کو مذکورہ موخر اندرونی کنارہ سے لے کر اس کے انتصابی حصہ سے ملاتا ہے، یعنی شگاف کا وہ حصہ جو عروق کے خط کو قطع کرتا ہوا گزرتا ہے صرف جلد اور زیر جلدی بافت ہی میں سے دیا جاتا ہے۔ اب مفصل کے کیسہ کو حدبہ جات پر سے چاک کر کے سر کو مخلوع کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مددگار اندرونی دامن کو جو ابھی تک شگاف یافتہ نہیں ہوتا اس طرح پکڑ سکتا ہے کہ اس کے اوپر کے عروق قابو میں آجائیں! اور اس اثنا میں جراح شگاف کے انگلے حصہ کو گہرا کر کے جارحہ کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد عروق، فوقانی عمیق (superior profunda) (بازو کی عمیق شریان) کے مبدا سے نیچے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ عضلہ صدریہ کبیرہ کا منتہی اس شگاف سے کٹ جاتا ہے جو عضلہ دالیہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا گیا تھا اور علیٰ ہذا عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدلجہ کبیرہ (teres major) بھی کٹ جاتے ہیں۔ عضلہ مدلجہ صغیرہ، زیر شوکی عضلہ، فوق شوکی عضلہ اور زیر کتفی عضلہ کیسہ سے منضم ہوتے ہیں اور ہڈی
کے سر کو علیحدہ کرنے کے لئے اس کے ساتھ ہی کاٹ دئے جاتے ہیں۔ کیسہ کا زیریں حصہ اور مثلثۃ الرؤس 298
کا طویل سر ذراعیہ کو وقب سے بالائی زخم میں سے باہر نکالنے کے بعد کاٹے جاتے ہیں۔

کندھے کے جوڑ کے مرض میں ذراعیہ کے سر کا استیصال کرنے کے لئے

شگاف ذوراسین کے فوق وقبی سر کے ساتھ ساتھ دیا جاتا ہے اور شگاف کو اور گہرا کر دیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا وتر جوڑ میں معرا ہو جاتا ہے۔ بازو کو اندر کی طرف گھما کر اور ذوراسین کے وتر کو محفوظ کر کے فوق شوکی عضلہ، زیر شوکی عضلہ اور عضلہ مدلجہ صغیرہ کے منتہاؤں کو حدبۂ عظیم سے زیر گرد عظمی

طور پر علٰحدہ کر دیا جاتا ہے۔ اور پھر بازو کو باہر کی طرف گھما کر زیر کتفی عضلہ کی چسپیدگی کو حدیبۂ صغیر سے اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے ۔ اب ہڈی کا سر مخلوع کیا جا سکتا ہے اور آری سے کاٹا جا سکتا ہے وقبی کہفہ کو مجرف (curette) سے کھرچ دیا جاتا ہے اور مرض زدہ زلالی غشا کاٹ کر علٰحدہ کر دی جاتی ہے ۔ اس کے بعد کیسہ کی اس جھری کو (جس سے ان عضلات کی چسپیدگی باقی رہتی ہے) ٹانکے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سر کا استیصال کرتے وقت یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ذراعیہ کی پوری میں جو نمو طولاً پیدا ہوتا ہے اس کا ۴/۵ حصہ بالائی بربالی خط پر واقع ہوتا ہے ۔ لہٰذا ۱۹ یا ۲۰ سال کی عمر سے پیشتر واقعی طور پر استیصال کرنے پر کھرچنے کو ترجیح دینا چاہئے ۔

299

باب دوازدہم

بازو

(ARM)

بازو یا بالائی بازو (upper arm) یا عضدی خطہ وہ حصہ تصور کیا جاتا ہے جو بغل سے لے کر کہنی تک پھیلا ہے۔

سطحی تشریح۔ عورتوں اور موٹے اشخاص میں بازو کا خاکہ مستدیر اور کافی باقاعدہ ہوتا ہے۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ اتنا باقاعدہ نہیں ہوتا بلکہ کسی حد تک اسطوانہ کی شکل کا ہوتا ہے اور ایک طرف سے دوسری کو چپٹا اور آگے کی طرف کو غیر متناسب طور پر ابھرا ہوتا ہے (عضلہ ذوراسین)۔ عضلہ ذوراسین کا خاکہ نمایاں ہوتا ہے اور اس کی ہر ایک جانب پر ایک میزاب پایا جاتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندرونی کہیں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ کہنی کے خم سے لے کر بغل تک جاتا ہے اور ورید باسلیق (basilic vein) اور عضدی شریان (brachial artery) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ بیرونی میزاب اتھلا ہوتا ہے اور اوپر کی طرف عضلہ دالیہ کے منتہیٰ تک جا کر ختم ہو جاتا ہے اور یہاں تک یہ قیفالی ورید (cephalic vein) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

عضلہ دالیہ کا منتہیٰ ایک مشہور امتیازی نشان ہے اور آسانی سے تمیز کیا جا سکتا ہے۔ یہ ذراعیہ کی پوری کی بہت صحیح صحیح تنصیف کرتا ہے اور غرابی عضدی عضلہ کے منتہیٰ کے لیول پر واقع

(brachialis) کی اوپر کی حد کو بھی ظاہر کرتا ہے۔ مزید برآں یہ ان
ہوتا ہے۔ نیز یہ عضدی عضلہ
مقامات کا متناظر ہوتا ہے جہاں ذراعیہ کی پوری کا استوانہ نما حصہ منشور نما حصہ سے ملتا ہے اور
جہاں مغذی شریان (nutrient artery) داخل ہوتی ہے۔ اور نیز یہ اس لیول کا متناظر بھی
ہوتا ہے جس پر بازو کا عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب اور اسکی شریان عمیق
(profunda artery) ہڈی کی عقبی جانب پر سے گزرتی ہے۔

300 جب بازو حالت بسط اور حالت بطح میں ہوتا ہے **تو عضدی شریان** اس خط کی
متناظر ہوتی ہے جو ذوراسین کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ بغل کے مخرج (اس کے وسطی اور
مقدم ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال) سے لیکر کہنی کے خم کے وسط تک کھینچا جائے۔ یہ شریان
سطحی ہوتی ہے اور اپنے تمام طول میں محسوس کی جا سکتی ہے۔ اسکا بالائی دو تہائی حصہ ذراعیہ کی
پوری کے اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور اسلئے اسکو ہڈی پر باہر کے اور ذرا پیچھے کے رخ میں
مضغوط کیا جا سکتا ہے۔ اسکے زیرین ایک تہائی حصہ کے پیچھے ذراعیہ واقع ہوتی ہے اور ضغط کو
موثر بنانے کے لئے اسکا رخ پیچھے کی طرف کو ہونا چاہیئے۔

فوقانی زندی مجانب (superior ulnar collateral) (تحتانی عمیق
(inferior profunda: اس خط سے ظاہر کی جا سکتی ہے جو ذراعیہ کی پوری کی اندر کی طرف
کے وسطی حصہ سے لیکر اندرونی یعنی وسطانی سر قندال کی عقبی جانب تک کھینچا جائے **یہ مغذی
شریان** (nutrient artery) ہڈی میں اسکی اندرونی جانب پر عضلہ دالیہ کے منتہیٰ کے
سامنے داخل ہوتی ہے اور **تحتانی زندی مجانب** (inferior ulnar collateral)
(متفمم کبیر: anastomotica magna) عرق کہنی کے خم سے تقریباً دو انچ اوپر نکلتا ہے۔

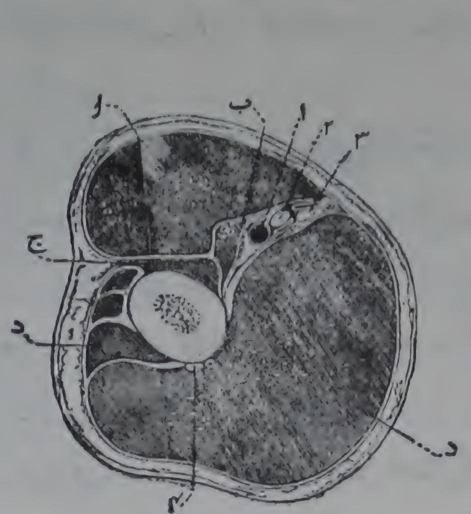
زندی عصب (ulnar nerve) پہلے عضدی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے
اور پھر اس خط کے ساتھ ساتھ جو غرابی عضدی عضلہ کے منتہیٰ کے لیول کے قریب عرق مذکور کی
اندرونی جانب سے اندرونی قندال اور زُج (olecranon) کے درمیانی وقفہ تک کھینچا جائے۔

کلائی کے داخلی یا **وسطانی جلدی عصب** (medial cutaneous nerve) کا
زیادہ تر حصہ اندرونی ذوراسینی میزاب کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور **عضلی جلدی**
(musculo-cutaneous) عصب کہنی کے خم میں ذوراسین کے وتر کے بیرونی کنارہ پر
بیرونی ذوراسینی میزاب یا تجویف میں سطحی ہو جاتا ہے۔ اس میزاب کی گہرائی میں دو عصبے پائے جاتے

ہیں۔ عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری radial:) پہلا عصب ذو راسین کے نیچے سے نکلتا ہے اور دوسرا عضدی کعبری عضلہ (brachio-radialis) کے قربی حصہ کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ سے پوشیدہ ہوتا ہے۔

301

بازو کی **جلد** خاصکر سامنے کی طرف اور جانبین پر باریک اور صاف ہوتی ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتی ہے اور عمیق حصوں سے ایک بہت نرم زیر جلدی ردا کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ بازو کے مدور بتور میں جلد اپنے ڈھیلے پن کی وجہ سے دستی جزہی سے ایک کافی حد تک کھچ جاتی ہے ٹیگلیاکوزی (Tagliacozzi) کے عملیہ میں ناک کو بار دیگر طیار کرنے کے لئے ذو راسین کی مقدم سطح کے اوپر کی جلد ہی سے دامن طیار کیا جاتا ہے۔ اس حصہ کی جلد کے پتلا اور بالوں سے معرا ہونے کی وجہ سے یہ اس طریق کار کے لئے بہت موزوں ہے۔ چونکہ بازو کی جلد کی چسپیدگیاں زیادہ نہیں ہوتیں اس لئے یہ دریدہ اور کوفتہ زخموں میں آسانی سے پھٹ اور اتر جاتی ہے۔ بعض اوقات ان ضررات میں جلد کے بڑے بڑے دامن ضرب کی شدت سے علٰحدہ ہو جاتے ہیں۔ زیر جلدی بافتوں کے ڈھیلے پن کی وجہ سے التہابی اعمال کے پھیلنے میں بہت مدد ملتی ہے اور اس کے مقابلۃً پتلا ہونے کی وجہ سے کدم (ecchymosis) ابتدا ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے۔



شکل ۶۸ - بازو کے وسط میں سے تعرض تراش۔
(بروَن : Braune)
(ا) ذو راسین۔ (ب) غرابی عضدی عضلہ۔
(ج) عضدی عضلہ (مقدم)۔ (د) مثلثۃ الرؤس
۱ - عضدی شریان۔ ۲ - عصب وسطی۔ عصب زندی
۳ - عضلی مرغولی (کعبری) عصب۔

یہ جارحہ ایک عمیق ردا سے جو **عضدی صفاق** (brachial aponeurosis) سے موسوم ہے اس طرح ڈھکا ہوتا ہے جیسا کہ آستین سے۔ یہ ردا طرفین پر دو بین عضلی فاصلات سے

جو ذراعیہ کے بیرونی اور اندرونی حاشیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں ثبت ہوتی ہے۔ اور یہ فاصلات ایک طرف عضلہ دالیہ کے منتہیٰ سے لیکر بیرونی یا جانبی سر قندال تک، اور دوسری طرف غرابی عضدی عضلہ کے منتہیٰ سے لیکر اندرونی سر قندال تک پھیلے ہوتے ہیں۔ اس صفاق اور اسکے فاصلات سے بازو دو خانوں میں منقسم ہوجاتا ہے جو بازو کی مستعرض تراش میں بخوبی نظر آتے ہیں (شکل ٦٨)۔
302 یہ خانے التہابی اور نزفی انصبابات کو محدود رکھتے ہیں۔ ان دونوں خانوں میں سے مقدم خانہ کے حدود کم مستحکم ہوتے ہیں کیونکہ جو ردا ذوراسین کی پوشش کا کام دیتی ہے وہ پتلی ہوتی ہے۔ انصبابات ایک خانہ میں سے دوسرے خانہ میں ان ساختوں کے ساتھ ساتھ چلکر جو بین عضلی فاصلات کو منثقب کرکے دونوں فضاؤں کے لئے مشترک ہوجاتی ہیں، بآسانی پہنچ جاتے ہیں۔ اور یہ ساختیں عضلی مرغولی اور زندی اعصاب، شریان عمیق (profunda artery)، اور فوقانی اور تحتانی زندی مجانبات (superior and inferior ulnar collaterals) ہیں۔ بڑی بڑی ساختیں جو عضدی صفاق کو منثقب کرتی ہیں یہ ہیں:- ورید باسلیق (basilic vein) جو بازو کے وسط سے ذرا نیچے ہوتی ہے۔ پیش بازو کا داخلی جلدی عصب جو بازو کے وسط کے قریب ہوتا ہے، اور عضلی جلدی عصب کی خارجی جلدی شاخ جو کہنی پر ہوتی ہے۔ قبل الذکر دونوں ساختیں اندرونی ذوراسینی میزاب میں ہوتی ہیں، اور موخر الذکر بیرونی میں ہوتی ہے۔

عضدی عضلہ (brachialis) ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور ذوراسین (biceps) آزاد ہوتا ہے۔ لہذا جب ان عضلات کو کاٹا جاتا ہے (جیسا کہ بتر میں) تو موخر الذکر عضلہ میں قبل الذکر کی نسبت معتد بہ بازکشی واقع ہوجاتی ہے۔ لہذا مدور بتر سرانجام دیتے وقت یہ مناسب ہوتا ہے کہ پہلے ذوراسین کو کاٹ دیا جائے اور جب یہ بازکشیدہ ہوجائے تو پھر عضدی عضلہ مقدم کو کاٹا جائے۔

عضدی شریان (brachial artery) یہ عرق عضلہ مدورہ کبیرہ (teres major) کے زیرین کنارے پر بغلی شریان کے بلاواسطہ تسلسل کی شکل میں شروع ہوتا ہے، اور پیش مرفقی حفرہ (antecubital fossa) میں کعبرہ کی عنق کے مقابل کعبری اور زندی شریانوں میں منقسم ہوکر ختم ہوجاتا ہے۔ اسکے خط کا ذکر پہلے کیا جاچکا ہے (دیکھو صفحہ 299)۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ شریان بعض اوقات ایک معتد بہ حد تک ذوراسین عضلات سے اور کسی حد تک

غرابی عضدی عضلہ سے متراکب ہوتی ہے۔ دوسری ساختوں کے مقابلہ میں اس کا مکمل شکل ۶۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ بازو کے وسط میں عصب وسطی (median nerve) اسکے تقریباً عین سامنے ہوتا ہے، اور ذوراسین اس پر متراکب ہوتا ہے، اور مثلثۃ الرؤس اسکو پیچھے سے سہارا دیتا ہے جب جراح کو یہاں اس شریان کو معرا کرنا مقصود ہو تو موخرالذکر امر اس کے لئے دلچسپی سے خالی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اگر بیجا طور پر نیچے کوئی گدی رکھی ہو یا سہارا دیا ہو تو وہ مثلثۃ الرؤس کو اوپر کی طرف کو دھکیل دے گا جس سے تشریحی تعلقات میں خلل واقع ہو جائے گا اور یہ عرق مخفی
ہو جائے گا۔ اس قسم کی کوئی گدی استعمال نہ کرنا چاہئے بلکہ بازو کو صرف کندھے اور اس گدی کے 303
سہارے رہنے دینا چاہئے جو کہنی کے نیچے رکھی گئی ہو۔

عصب وسطی اس شریان کی بیرونی اور مقدم جانب پر سے نیچے کی طرف کو غرابی عضدی عضلہ کے منتہی تک جاتا ہے اور یہاں یہ اسکے عین آگے واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد یہ اسکے اندر کی جانب کو آجاتا ہے اور انکا یہ تعلق آگے بڑھکر بھی قائم رہتا ہے۔ لہٰذا عضدی شریان کے ضغطہ میں عصب وسطی مشکل سے ہی بچ سکتا ہے۔ داخلی جلدی عصب اس عرق کے سامنے یا اس کی اندر کی طرف کے قریب ہی واقع ہوتا ہے حتیٰ کہ یہ ردا کو منثقب کر دیتا ہے۔ زندی عصب غرابی عضدی عضلہ کے منتہی تک اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے، اور اس عرق کے مقام ابتدا کے پیچھے عضلی مرغولی عصب موجود ہوتا ہے۔ رفیق وریدوں میں سے ہر ایک اس شریان کی ایک ایک طرف واقع ہوتی ہے، اور یہ ایک دوسری سے چھوٹی چھوٹی مستعرض شاخوں سے مربوط ہوتی ہیں، اور یہ شاخیں اس عرق کو عبور کرتی ہیں اور اس پر عملیہ کرتے وقت بعض اوقات موجب تکلیف ہوتی ہیں۔ ثلث وسطی پر شریان کو باندھنے کے لئے جو شگافات دئے جاتے ہیں اگر وہ بہت زیادہ اندر کی طرف واقع ہوں تو باسلیق ورید کے کٹ جانے کا امکان ہوتا ہے، یا زندی عصب معرا ہو جاتا ہے جو غلطی سے وسطی تصور کر لیا جاتا ہے۔ بہترین شگاف وہ ہے جو انتصابی رخ میں نیچے کی طرف کو اس خط پر دیا جائے جو غرابی زائدہ سے لیکر پیش مرفقی حفرہ کے نقطہ وسطی تک اس حالت میں کھینچا گیا ہو جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہو اور ہاتھ چت حالت میں ہو، اور تکیہ صرف کہنی کے نیچے ہی رکھا ہو۔ اس طریقہ سے رسائی حاصل کرنے سے عملیہ کنندہ کے سامنے ذوراسین کی اندرونی کور اور عصب وسطی آجائے گا اور انکو باہر کی طرف کو ہٹانے سے اسکو دوسری ساختوں کو ہلانے کے بغیر یہ شریان مل جائے گی۔ جہاں تک زندہ موضوع کا

تعلق ہے عصب وسطی کو ماتحت شریان سے اکثر ایک نمایاں نقصان پہنچتا رہتا ہے اور بعض اوقات اسی کو بڑی شریان تصور کرلیا گیا ہے۔

عضدی شریان کی ترتیب میں جو غیر طبعی حالتیں پائی جاتی

ہیں وہ اسقدر کثیرالوقوع ہیں (۱۲ تا ۱۵ فیصدی بازوؤں میں پائی جاتی ہیں) کہ وہ جراحی نقطۂ نگاہ سے اہم ہیں۔ ایک مجانب شاخ (عرق خاطی: vas aberrans) کا پایا جانا غیر معمولی نہیں 304
سمجھا جاتا۔ یہ شاخ عضدی شریان کے بالائی حصہ یا بغلی شریان کے زیرین حصہ سے نکلتی ہے اور بازو میں نیچے تک عصب وسطی سے اوپری جاتی ہے اور کعبری شریان میں یا بعض اوقات زندی میں جاکر ختم ہوجاتی ہے۔ بعض اوقات عضدی کی جگہ عرق خاطی (vas aberrans) ہی موجود ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں شریان عصب وسطی سے عمیق ہونے کی بجائے اس سے اوپری پائی جائے گی اور عمیق (profunda) یا گہری شریان اور فوقانی زندی مجانب (superior ulnar collateral) شریان اصلی عضدی شریان کے بقیہ حصہ سے نکلیں گی۔ یہ اوپری عضدی عرق بعض اوقات **فوق قندالی زائدہ** (supracondyloid process) کے نیچے سے گزرتا ہے اور یہ زائدہ ہڈی کا ایک خطاف دار مرمیہ ہے جو گاہے گاہے ذراعیہ سے اس کے اندرونی سر قندال سے ۲ انچ اوپر پیدا ہوتا ہے۔ یہ عرق عضدی عضلہ کے مبدا کے اندرونی ریشوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

ایک اور اختلافی حالت ہے جس میں ایک شریان کی بجائے دو شریانیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں عضدی شریان فوق مرفقی حفرہ میں منقسم ہونے کی بجائے بازو کے بالائی حصہ ہی میں تقسیم ہوجاتی ہے اور جو عروق دکھائی دیتے ہیں وہ درحقیقت کعبری اور زندی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات شریان عضدی اپنے طبعی محل پر منقسم ہوتی ہے اور دوسرا عرق بین العظامی ہوتا ہے جو بازو کے زیرین حصہ میں شریان زندی سے نکلنے کے بجائے بازو کے بالائی حصہ میں عضدی ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرے واقعات میں جو عروق نظر آتے ہیں انہیں ایک طبعی عضدی ہوتا ہے اور ایک عرق خاطی (vas aberrans)۔ اگر عملیہ بندش کے لئے سرانجام دیا جارہا ہو تو دونوں شریانوں کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کو ہڈی سے

جس کو یہ عضلہ دالیہ کے منتہیٰ پر عبور کرتا ہے قریبی تماس رکھنے کی وجہ سے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے اور یہ منشق ہو جاتا ہے ۔ چنانچہ شدید کوفتگیوں میں لات اور ہول لگنے اور گھوڑوں کے کاٹنے سے اور نیز ذراعیہ کی پوری کے کسور میں اسے بہت کثرت سے نقصان پہنچ چکا ہے ۔ یا ایسا ہوتا ہے کہ یہ عصب کسر کے وقت صحیح و سالم ہوتا ہے اور بعد میں دُشبذ (callus) سے اسقدر متاثر ہو جاتا ہے کہ وہ حصے جنکو یہ رسد پہنچاتا ہے مشلول ہو جاتے ہیں ۔ اس قسم کی قید سے اسکو آزاد کرنے کے لئے طولانی شگاف موزوں ہوتا ہے، جو بازو کی پشت پر اسکے عین وسط میں دیا جاتا ہے جبکہ کہنی خمیدہ ہو اور کلائی چھاتی پر رکھی ہو ۔ اس قسم کے شگاف کو گہرا کرنے سے یہ عصب مثلثۃ الرؤس
کے اندرونی اور طویل سروں کے درمیان عضلی مرغولی میزاب میں فوقانی عمیق (superior 305
profunda) شریان کے ساتھ پایا جائے گا ۔ کئی ایک مثالوں میں یہ عصب ان آدمیوں میں سر کے دباؤ سے مشلول ہو گیا ہے جو بازو کو مکمل انبطاح اور تبعید کی حالت میں سر کے نیچے رکھ کر سو گئے تھے ۔ خراب ساخت کے عکازوں کے دباؤ سے بھی اسکو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے ۔ اور واقعہ یہ ہے کہ 'عکازی شلل' (crutch paralysis) میں یہ عصب نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے، اور بلحاظ کثرت ابتلا کے جو تنا اسکے بعد ماؤف ہوتا ہے وہ زندی ہے ۔

عضلی مرغولی (muscolo-spiral) شلل سے جو مظاہر پیدا ہوتے ہیں ان کا ذکر صفحہ 370 پر کیا گیا ہے ۔

ذراعیہ کی پوری کا کسر بعض اوقات بلاواسطہ ضرب سے پیدا ہوتا ہے، مگر اس کی پوری بالواسطہ ضرب سے بھی ٹوٹ سکتی ہے ۔ اور کہا جاتا ہے کہ تمام ہڈیوں میں سے ذراعیہ ہی ہے جو عضلی فعل سے نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے ۔ موخر الذکر کی مثالوں کے طور پر گیند یا بم کا پھینکنا یا گرنے سے بچنے کے لئے کسی سہارے کا پکڑنا اور قوت کی وہ آزمائش جو 'کلائی مروڑنے' (wrist-turning) کے نام سے موسوم ہے پیش کی جا سکتی ہے ۔ جب یہ ہڈی عضلہ دالیہ کے منتہیٰ سے اوپر ٹوٹتی ہے تو نیچے کا ٹکڑا ذوراسین، مثلثۃ الرؤس، اور عضلہ دالیہ سے اوپر کی طرف اور موخر الذکر سے باہر کی طرف کو کھنچ جاتا ہے، اور اوپر کا ٹکڑا ان عضلات سے جو ذوراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھنچ جاتا ہے ۔ جب کسر عضلہ دالیہ کے منتہیٰ سے نیچے واقع ہو تو یہ عضلہ اوپر کے ٹکڑے کے نچلے سرے کو باہر کی طرف کو کھینچ لیتا ہے، اور

نیچے کا ٹکڑا ذوراسین اور مثلثۃ الرؤس سے اس کے اندر کی طرف سے اوپر کو کھچ جاتا ہے۔ بہرحال قاعدہ یہ ہے کہ بدشکلی کا انحصار کسی عضلی فعل کی نسبت کا ئہ عظم قوت کی نوعیت اور اس کے رخ پر کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ جن بدوضعیوں کا ذکر ابھی کیا گیا ہے یہ بھی مشاہدہ میں آسکتی ہیں گر عضلہ دالیہ کے منتہی کو محل کسر سے جو علاقہ ہوتا ہے اس سے یہ بالعموم کوئی تعلق نہیں رکھتیں۔ بازو کے وزن کی وجہ سے قصر شاذ و نادر ہی $\frac{3}{4}$ انچ سے زائد ہوتا ہے۔

ہڈی کے کسر کے ساتھ اس کے اردگرد کے عضلات کا معکوس انقباض

306 ہمیشہ پایا جاتا ہے[1] اور یہ ایک معکوس ہے جو اُن حسی اعصاب کو ضرر پہنچنے سے ظہور میں آتا ہے جو ضرر رسیدہ ہڈی، گرد عظمہ اور عضلات میں ختم ہوتے ہیں[1] اور شکستہ سروں کے ایک دوسرے پر چڑھ جانے کی یہی وجہ ہے۔ یہ معکوس انقباض معدم حس کے زیر اثر غائب ہوجاتا ہے اور اقتراب (apposition) آسان ہوجاتا ہے۔

عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر میں دوسری ہڈیوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ عدم اتحاد اور اتحاد آجل کا انحصار شریان مغذی اور محل کسر کے درمیانی تعلق پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر تثبیت حاصل کرنے میں دقت پیش آنے پر ہوتا ہے۔ اندمال کے لئے جس آرام کی ضرورت ہوتی ہے وہ صرف ان تمام عضلات کو جو ذراعیہ کے کسی حصہ پر بھی فعل کرتے ہیں محل کسر میں خلل انداز ہونے سے باز رکھنے ہی سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لہٰذا کندھے، کہنی، کلائی اور ہاتھ کے جوڑوں کو غیر متحرک بنانا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ جو عضلات ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ ان تمام جوڑوں پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن اگرچہ دوسرے جوڑوں کی تثبیت آسان ہوتی ہے مگر کندھے کے جوڑ کی تثبیت مکمل طور پر حاصل نہیں کی جا سکتی۔ دوسرا اہم سبب یہ ہے کہ شکستہ سروں کے درمیان عضلی بافت حائل ہوجاتی ہے۔ کیونکہ اس ہڈی کی پوری منضم عضلی ریشوں سے گھری ہوتی ہے اور ان سے قریبی تعلق رہتا ہے۔ چنانچہ ترچھے کسر میں ہڈی کے ٹکڑے کا سرا بعض اوقات عضدی عضلہ میں گھس جاتا ہے اور دوسرا سرا مثلثۃ الرؤس کے جسم میں جا نکلتا ہے اور اسطرح ہڈیوں میں تماس واقع نہیں ہو سکتا۔

ذراعیہ کی بالیدگی۔ سترھویں یا اٹھارویں سال کے قریب بُعدی بربالی

خط پر بالیدگی بند ہو جاتی ہے' اور زیرین یا بعدی بربالہ پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ قربی یا بالائی بربالی خط پر بالیدگی اسکے بہت عرصہ بعد ختم ہوتی ہے' اور قربی بربالہ پوری کے ساتھ اکیسویں بائیسویں سال کے قریب متحد ہوتا ہے۔ بربالی خطوط کے بند ہو جانے کے بعد طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ ختم ہو جاتی ہے۔ ڈگبائی (Digby) نے اندازہ کیا ہے کہ طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ قربی خط پر بعدی خط کی نسبت چار گنی سرعت سے واقع ہوتی ہے۔ لہذا اگر کسی بڑھتے ہوئے بچے میں قربی خط کو ضرر پہنچ جائے تو بعدی خط کو اسی قسم کا ضرر پہنچنے کے مقابلہ میں قصر بہت زیادہ ہوگا۔

307

باب سیزدہم

کہنی کا خطّہ

سطحی تشریح۔ کہنی کی مقدم سطح پر تین عضلی ارتفاعات دکھائی دیتے ہیں۔ ایک اوپر کی طرف اور مرکز میں ہوتا ہے جو ذوراسین اور اسکے وتر کا متناظر ہوتا ہے اور دو نیچے کی طرف اور جانبین پر ہوتے ہیں۔ انہیں سے باہر کیطرف کا عضدی کعبری عضلہ (brachio-radialis) اور مشترک باسط تودہ کا اور اندرونی عضلہ کابہ مدلجہ (pronator teres) اور خم کن عضلات کے مشترک گروہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ ارتفاعات اسطرح مرتب ہوتے ہیں کہ ذوراسین اور اسکے وتر کی دونوں طرف دو میزاب بنجاتے ہیں۔ یہ میزاب اوپر کی طرف منفرج ہوجاتے ہیں اور بیرونی اور اندرونی ذوراسینی میزابوں سے مل جاتے ہیں۔ اور نیچے کی طرف یہ اس وتر کے نمایاں ترین حصہ پر سے ایک دوسرے سے متحد ہوجاتے ہیں۔ اور اسطرح ان سے وی (V) کی شکل کا ایک انخفاض پیدا ہوجاتا ہے (شکل ٦٩)۔ ان ارتفاعات کی وضاحت کا انحصار افراد کی لاغری اور انکے عضلی نمو پر ہوتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندر کے میزاب میں عصب وسطی، شریان عضدی اور اسکی رفیق وریدیں پائی جاتی ہیں۔ اور بیرونی میزاب کے نیچے عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری radial) عصب

اور عمیق (profunda) شریان معہ صغیرہ کعبری باز گرد عرق کے گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا
وتر بالعموم واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اسکا بیرونی کنارہ اسکی اندرونی کور کی نسبت زیادہ
واضح ہوتا ہے کیونکہ ذوراسینی ردا (یعنی عضلیہ: lacertus fibrosus) اسکی موخرالذکر جانب
کے ساتھ تعلق رکھتی ہے۔ اس خطہ کو مقدم جانب پر جلد کی ایک سلوٹ مستعرضاً عبور کرتی ہے،
اور یہ 'کہنی کا شکن' کہلاتی ہے۔ یہ شکن خط مستقیم نہیں ہوتا بلکہ نیچے کی طرف کو محدب ہوتا ہے،
اور خط مفصل سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے! اور اسکے جانبی سرے دونوں سر قندالی فرازات کی 308
چوٹیوں کے متناظر ہوتے ہیں۔ کہنی کے عقبی خلوع میں ذراعیہ کا نیچے کا سرا اس شکن سے تقریباً ایک انچ
نیچے معلوم ہوتا ہے۔ مگر ذراعیہ کے ان کسور میں جو سر قندالوں کے عین اوپر واقع ہوں یہ شکن
یا تو اس ارتفاع کے جو اوپر کے ٹکڑے کے نیچے کے سرے سے بنجاتا ہے بالمقابل ہوتا ہے! ور یا اس
سے نیچے ہوتا ہے۔ یہ سلوٹ بازو کی بسط کردگی میں غائب ہوجاتی ہے۔

دمی (V) کی شکل کے نشیب کے راس پر، اس مقام کے نزدیک جہاں ذوراسین کا وتر واضح طور پر محسوس نہیں کیا جا سکتا، اور اس وتر کی بیرونی جانب پر وسطی ورید، وسطی باسلیق ورید اور وسطی قیفالی وریدوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ نیز اسی مقام پر عمیق وسطی ورید سطحی عروق سے ملتی ہے۔ وسطی باسلیق ورید ذوراسین کے وتر کو عبور کرتی ہوئی اور اس میزاب کے ساتھ ساتھ کم و بیش صحیح طور پر جاتی ہوئی جو اس عضلہ کے اندرونی کنارہ پر ہوتا ہے، اور اندرونی (وسطانی) سر قندال سے ذرا اوپر موخر زندی ورید سے ملتی ہوئی جس سے باسلیقی تنا بنجاتا ہے دیکھی جا سکتی ہے۔ وسطی قیفالی (median cephalic) ذوراسین کے بیرونی حاشیہ پر کے میزاب میں سے گزر کر خارجی (جانبی) سر قندال کے لیول پر کعبری ورید سے مل جاتی ہے اور اس اتحاد سے قیفالی ورید بنتی ہے۔

عضدی شریان اس خط کے وسط سے جو ایک سر قندال سے دوسرے سر قندال تک کھینچا جائے ایک انچ نیچے دو حصوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ اس کا نقطۂ تقسیم کعبرہ کی گردن کے بالمقابل ہوتا ہے۔

"اگر جوڑ کے سامنے پر کی مثلث فضا پر محکم دباؤ ڈالا جائے تو زند (ulna) کا اکلیل آسا زائدہ غیر واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے" (چین: Chiene)۔ دونوں سر قندالوں کی چوٹیاں ہمیشہ محسوس کیجا سکتی ہیں۔ اندرونی سر قندال دونوں میں سے زیادہ نمایاں اور کم گول ہوتا ہے

ذراعیتی کعبری مفصل خط افقی میں ہوتا ہے۔ مگر ذراعیتی زندی مفصل ترچھا ہوتا ہے اور مفصلی سطحیں نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے خارجی سر قندال مفصلی خط سے صرف ۳/۴ انچ (۱۸ ملی میٹر) اونچا ہوتا ہے۔ مگر اندرونی سر قندال کی چوٹی اس حصہ سے ایک انچ (۲۸ ملی میٹر) سے زائد اونچی ہوتی ہے (پولٹ: Paulet)۔ زند اور ذراعیہ کے درمیان کی مفصلی سطحوں کے میلان کا یہ نتیجہ ہے کہ بسط کردگی میں کلائی بازو کے خط مستقیم میں نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کے ساتھ ایک زاویہ "حاملہ" بناتی ہے جو باہر کی طرف کو کھلتا ہے۔ چنانچہ جب کلائی سے تمام جارحہ اعلیٰ پر جرّ کا عمل کیا جاتا ہے تو کچھ قوت باسطہ لازمی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ لہٰذا ایسے جرّ کو کہنی سے لگانا چاہیئے، جیسا کہ دست ورزی سے کندھے کے خلع کی ترجیح کرنے میں بالعموم کیا جاتا ہے۔

309 دونوں سر قندالوں کے درمیان کھینچا ہوا خط بازو کے محور سے زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے، گر کلائی کے محور کے ساتھ باہر کی طرف یہ اس سے چھوٹا زاویہ بناتا ہے۔ چنانچہ اگر ہم بازو پر نظر ڈالیں تو دونوں سر قندال ایک ہی لیول پر دکھائی دیتے ہیں لیکن اگر ہم انکو کلائی کی طرف سے دیکھیں تو اندرونی سر قندال خارجی زائدہ کی نسبت زیادہ اونچے لیول پر نظر آتا ہے۔

کہنی کا مفصلی خط دونوں قندالوں کی چوٹیوں کے درمیان کے پورے خط کی چوڑائی کے صرف دو تہائی حصہ کے برابر ہوتا ہے (شکل ۱، صفحہ 322)۔

کہنی کی پشت پر زُج (olecranon) کا ارتفاع ہمیشہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ بیرونی سر قندال کی نسبت اندرونی سر قندال کے زیادہ قریب واقع ہوتا ہے۔ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں زُج (olecranon) کی چوٹی اس خط سے ذرا اوپر واقع ہوتی ہے جو دونوں سر قندالوں کو ملاتا ہے۔ جب کلائی بازو سے زاویہ قائمہ پر ہوتی ہے تو اس زائدہ کی نوک سر قندالوں کے خط سے نیچے ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں یہ سب کا سب اس خط کے آگے واقع ہوتا ہے۔ زُج (olecranon) اور اندرونی سر قندال کے درمیان ایک نشیب ہوتا ہے جسمیں زندی عصب اور ظہری (موخر) زندی باز گرد [dorsal (posterior) ulnar recurrent] شریان پائی جاتی ہے۔

زُج (olecranon) سے باہر کی طرف اور خارجی سر قندال کے عین نیچے جلد میں ایک انخفاض ہوتا ہے جو جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ شحیم اشخاص میں بھی یہ گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ اور چھوٹے بچوں میں بھی نظر آتا ہے۔ اسمیں کعبرہ کا سر اور کعبری ذراعیتی

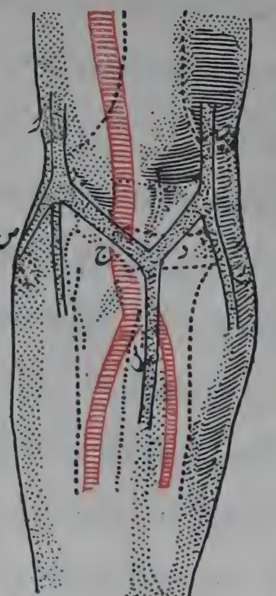
جوڑ (radio-humeral joint) محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور ان دونوں میں ہڈی کو پٹ اور چت حالت میں گردش دینے سے بخوبی تمیز کی جا سکتی ہے۔ یہ گڑھا اس جوف کا متناظر ہوتا ہے جو عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی کنارہ اور اس عضلی فراز کے درمیان واقع ہوتا ہے جو بیرونیہ کے دونوں کعبری باسط عضلات اور عضدی کعبری عضلہ (brachio-radialis) سے بنتا ہے۔ 310
ہڈی کا سب سے اونچا مقام جو اسکو گردش دینے پر محسوس کیا جا سکتا ہے کہنی کے جوڑ کے خط کے عین نیچے کعبرہ کا متناظر ہوتا ہے، اور یہ اس ہنسل کے لئے مفید رہنما ہوتا ہے۔ کہنی کے جوڑ کی اوپری مد اس خط تک پہنچتی ہے جو دونوں سر قندالوں کے درمیان کھینچا گیا ہو۔ کعبرہ کا حدبہ اسکے سر کے عین نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے جبکہ جارحہ انتہائی اکباب کی حالت میں ہو۔

کہنی کی سامنے کی طرف کی **جلد** باریک اور نازک ہوتی ہے اور یہ کسکر بندھی ہوئی پٹیوں، اور جبیروں کے نامناسب استعمال سے بآسانی چھل جاتی ہے۔ جلد کے باریک ہونے کی وجہ سے ماتحت وریدیں اس میں سے بآسانی دکھائی دے دیتی ہیں۔ مگر جس وضاحت سے یہ دکھائی دیتی ہیں اسکا انحصار زیادہ تر زیر جلدی شحم پر ہوتا ہے۔ بہت مضبوط آدمی میں یہ بعض اوقات بالکل دکھائی نہیں دیتیں، اور فصد کے لئے جو معمولی ذرائع اختیار کئے جاتے ہیں اُن سے اِن کا نمایاں بنانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے۔

کہنی کے سامنے کی طرف کی سطحی وریدوں میں جو ایم (M) کی شکل کی ترتیب پائی جاتی ہے وہ معروف ہے۔ لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ ترتیب ہمیشہ نہیں پائی جاتی (شکل ۶۹)۔

وسطی ورید وسطی قیفالی اور وسطی باسلیق وریدوں میں ذوراسین کے وتر کے باہر کی طرف منقسم ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے موخرالذکر ورید اس وتر، اور عضدی شریان، اور اسکی وریدوں، اور وسطی عصب کے سامنے سے گزرتی ہے۔ ان ساختوں سے یہ ذوراسینی ردا کے ذریعہ سے علٰحدہ ہوتی ہے۔ وسطی باسلیق ورید بعض اوقات عضدی شریان کو دفعۃً عبور کر لیتی ہے اور اس سے سوائے مقام تقاطع کے مقابلۃً بے تعلق رہتی ہے، یا یہ کچھ فاصلہ تک شریان کے عین آگے سے جاتی ہے، یا اسکو پہلے ہی عبور کرکے اسکے متوازی چلی جاتی ہے، گو ممر کے زیادہ تر حصہ میں اس کا طول مختلف ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے وسطی باسلیق ان وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اسکے بعد وسطی قیفالی کا نام آتا ہے۔

311 اور وسطی خود تیسرے درجہ پر ہوتی ہے اور زندی اور کعبری وریدیں اس سلسلہ میں سب سے چھوٹی ہوتی ہیں۔ ان وریدوں میں بہت سی غیر طبعی حالتوں کے پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور انمیں سے نمایاں ترین اس صورت میں پائی جاتی ہیں جب کہ اس حصہ کی بڑی بڑی شریانیں بھی غیر طبعی ہوں۔ یہ اختلاف جارحہ کی زندی جانب کی وریدوں میں کعبری جانب کی وریدوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چنانچہ کعبری ورید یا وسطی قیفالی ورید یا دونوں ہی عام طور پر یا تو بہت ناقص النمو ہوتی ہیں اور یا بالکل معدوم ہوتی ہیں۔ اگرچہ وسطی باسلیق ورید عضدی شریان سے علاقہ بھی رکھتی ہے لیکن فصد اور نقل الدم اور مصلوں اور جدید نوں کے درون وریدی اشراب کے لئے اُسی ورید کو بالعموم منتخب کیا جاتا ہے۔ اسکو منتخب کرنے کے لئے مندرجہ ذیل وجوہ ہیں۔ یہ وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی اور سب سے نمایاں ہوتی ہے اور سطح سے قریب ترین ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ سب سے کم حرکت پذیر ورید ہے اور سب سے کم اختلاف پذیر بھی ہے۔ ذورامینی ردا ورید شگافی (phlebotomy) کے دوران میں عضدی شریان کے لئے بہترین محافظ کا کام بھی دیتی ہے۔ اس غشا کی کثافت مختلف ہوتی ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلی نمو کی مقدار پر ہوتا ہے۔ دبلے اشخاص میں وسطی باسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات نبضانات وصول ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہد کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیواریں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ



شکل ۶۹ - بائیں کہنی سامنے کی طرف سے۔ ا - باسلیق ورید۔ ب - قیفالی ورید۔ ج - زند پر وسطی باسلیق ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ د - کعبرہ پر وسطی قیفالی ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔ ک - کعبری ورید۔ س - وسطی ورید۔ ص موخر زندی ورید۔ عضدی شریان وسطی باسلیق ورید کے پیچھے سے گزرتی ہے اور کعبرہ کی گردن کے اندر کی طرف کعبری اور زندی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے

312 مابضی (popliteal) ورید کی ہوتی ہیں۔ زندی، کعبری اور وسطی وریدوں کی فصد کھولنے پر شاذونادر ہی خون کی کافی مقدار نکلتی ہے کیونکہ یہ عمیق وسطی ورید کے مقام اتصال سے نیچے واقع ہوتی ہیں اور اسلئے انہیں جارحہ کی عمیق وریدوں سے خون نہیں آتا۔ عضدی شریان جیسا کہ خیال کیا جا سکتا ہے دوران فصد میں اکثر مجروح ہو چکی ہے اور جس زمانہ میں فصد کا رواج عام تھا کہنی کے خم پر شریانی وریدی انورسما اکثر بنجایا کرتا تھا۔ چونکہ بڑے بڑے عروق لمف انہی وریدوں کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور نیز ورید نگانی کے دوران میں ان میں سے بعض مجروح ہونے سے شاذونادر ہی بچتے ہیں اسلئے اس عملیہ کے لئے جو طریقے اختیار کئے جاتے ہیں انہیں اگر صفائی کا لحاظ نہ رکھا جائے تو حاد التہاب عروق لمف پیدا ہوجاتا ہے۔

داخلی جلدی (پیش بازو کا وسطی جلدی) عصب کے جو عام طور پر وسطی باسلیق ورید کے سامنے سے گزرتا ہے اس عرق سے خون نکالتے وقت زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

بازو کے داخلی میان عضلی فاصل پر اور اندرونی سرقندال کے عین اوپر ایک لمفی (**فوق مرفقی**: supracubital یا **بر بکری**: epitrochlear) غدہ ہوتا ہے۔ اس میں پیش بازو کی اندرونی طرف کے بعض سطحی عروق لمف داخل ہوتے ہیں اور اندر کی دو یا تین انگلیوں کے بھی اسی میں آکر ملتے ہیں۔ بلحاظ محل یہ غدہ جارحۂ اعلیٰ کے ان غدد میں سے جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں زیر ترین غدہ ہے۔

اسی محل پر گاہے گاہے ذراعیہ کی اندرونی جانب کی ایک بروں بالیدہ پیدا ہوتی ہے ——

فوق قندالی زائدہ (supracondyloid process)۔ عضدی شریان اور نیز وسطی عصب بھی بعض اوقات اس زائدہ کے نیچے سے اور اندر کی (وسطانی) جانب سے ہوکر گزرتا ہے۔

عضدی شریان (brachial artery) بازو کو زور سے خمیدہ کرنے میں یہ شریان جوڑ کے سامنے کے عضلی تودوں کے درمیان مضغوط ہوجاتی ہے اور کعبری نبض میں بہت تخفیف ہوجاتی ہے اور بعض اوقات یہ بند بھی ہوجاتی ہے۔ کہنی کے خم کے انورسماؤں کا علاج جارحہ کی خم کردگی سے کیا جا چکا ہے، کیونکہ اس وضع سے انکے تاچہ پر کم وبیش بلاواسطہ دباؤ پڑتا ہے۔ جوڑ کی پوری بسط کردگی میں یہ شریان چپٹی ہوجاتی ہے اور کعبری نبض میں تخفیف ہوجاتی ہے۔

بیش بسط کردگی میں جبکہ ممکن ہے کہ زُج (olecranon) بھی مکسور ہو گیا ہو۔ نبض پونہچے پر بند ہو جاتی 313
ہے۔ اس قسم کی کہنی کی جو خمیدگی کی حالت میں استوار ہو گئی تھی زور سے بسط کردگی کرنے میں
عضدی شریان منشق ہو چکی ہے۔

زندی عصب (ulnar nerve) کا جو محل وقوع کہنی پر ہے اسکی وجہ سے
اسکے مجروح ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ اندرونی سر قندال کے پیچھے سے ایک میزاب میں سے
گزرتا ہے اور اسکے اوپر لیفی بافت کا ایک پل ہوتا ہے جو اسکی غیر وضعیت کو مانع آتا ہے۔ اس
عصب کا اندرونی سر قندال کے سامنے سے گزرنا بھی ممکن ہے اور ایک مثال کی بھی اطلاع دی گئی
ہے جسمیں یہ عصب کہنی کے خمیدہ کرنے پر اس فراز کے اوپر سے پھسل کر سامنے آجاتا تھا (کواین
Quain:) ۔جب زندی عصب کو (تنیدگی عصب وغیرہ کے لئے) کہنی کے پیچھے سے معرا کیا جاتا
ہے تو یہ بعض اوقات ایک عضلہ ـــــ بربکری مرفقیہ (epitrochleo-anconeus) ـــــ سے
جو گاہے گاہے موجود ہوتا ہے پوشیدہ پایا جاتا ہے۔
زندی عصب کو ضرر پہنچنے کے نتائج پر صفحہ 372 پر بحث کیگئی ہے۔

کہنی کا جوڑ (elbow-joint) ۔اس جوڑ کی طاقت کا انحصار اتنا رباطات یا
عضلات پر نہیں جتنا کہ عظمی سطحوں کی باہمی موافقت پر ہے۔ زُج (olecranon) اور اکلیل نما
زائدہ کے تعلقات ذراعیہ سے ایسے ہیں کہ بعض وضعوں میں اس جوڑ کی قوت بہت کافی ہوتی ہے۔
چونکہ کہنی ایک خالص قبضہ دار جوڑ ہے اسلیئے اس میں صرف خم کردگی اور بسط کردگی ہی
پائی جاتی ہے۔ یہ حرکتیں ترچھی واقع ہوتی ہیں لہذا خم کردگی میں کلائی اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے
اور ہاتھ کو ترقوہ کے وسطی ثلث کی طرف لاتی ہے۔ اگر مفصلی خط میں ترچھاپن نہ پایا جاتا تو ہاتھ کو
اسی طرف کے کندھے پر چپٹا رکھنا ممکن ہوتا۔ لیکن اس حرکت کا عمل میں لانا صرف جوڑ کے بعض استیصالات
کے بعد ہی ممکن ہوتا ہے، کیونکہ اس عملیہ میں مفصلی سطحوں کو ترچھا رخ بار دیگر نہیں دیا جاتا۔ انتہائی
بسط کردگی میں جہانتک زند اور ذراعیہ کے جانبی مستویوں کا تعلق ہے زند تقریباً ذراعیہ کی سیدھ میں
واقع ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں دونوں ہڈیوں کے درمیان ۳۰ تا ۴۰ درجہ کا
زاویہ بنتا ہے۔

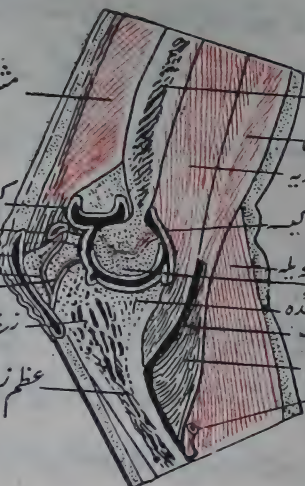
314

جو **عضلات** کہنی کے جوڑ پر عمل کرتے ہیں انہیں سے بعض جراح کے لئے خاص دلچسپی رکھتے ہیں جسکی وجہ یہ ہے کہ قرب وجوار کے کسور کے علاج کے دوران میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے - چنانچہ **التعظمی التہاب عضلہ** (myositis ossificans) کے عضلہ عضدیہ مقدم (brachialis anticus) میں پیدا ہونے کا خاص میلان پایا جاتا ہے - جب یہ ظاہر ہوجائے تو معالجاتی ذرائع مثلاً مالش اور منفعلی حرکات کو جن سے خراش پیدا ہوتی ہے ترک کر دینا یا انہیں کمی کر دینا ضروری ہوتا ہے اور اس سے مزید آرام کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے - مزید برآں **ولکمین کے وقف الدمی شلل اور تقبض** (Volkman's ischæmic paralysis and contracture) کے خاص طور پر سرعت سے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے جبکہ کہنی کمل خم کردگی کی حالت میں مضبوطی سے باندھ دیگئی ہو یا کلائی پر کسکر جبیرہ لگا دیا گیا ہو - ورم سے پٹی کے کس جانے کے خطرہ کا خیال رکھتے ہوئے جراح کو اپنی دستکاری کا ۶ سے لیکر ۸ گھنٹے گزرنے کے بعد ملاحظہ کرنا چاہیئے - ہیموفیلیا کے ایک مریض لڑکے میں میں (سی یسی چوائس) نے کہنی کے خلع کے بعد وقف الدمی شلل (iscæmic paralysis) کو ظاہر ہوتے دیکھا ہے اور اسکے ساتھ بافتوں میں بہت سا نزفی انصباب بھی موجود تھا - اس واقعہ میں کوئی پٹی یا جبیرہ استعمال نہیں کیا گیا تھا -

درجکیں (bursæ) - زُج کے اوپر کی عظیم زیر جلدی درجک اکثر کلافی یافتہ اور ملتہب پائی جاتی ہے (شکل ۷۰) - بعض پیشوں میں جنمیں کہنی پر دباؤ پڑتا ہے یہ اور بڑی ہوجاتی ہے مثلاً "کان کنوں کی کہنی" - ذوراسین کے منتہی پر اسکے اور ہڈی کے درمیان ایک درجک ہوتی ہے اور اسکا جو تعلق کلائی کے اعصاب کے ساتھ ہوتا ہے وہ قابل ذکر ہے - مثال کے طور پر ایک واقعہ کی اطلاع ملی ہے جسمیں اس درجک میں مزمن کلافی پائی جاتی تھی اور وسطی عصب اور ظہری بین العظامی اعصاب (dorsal interosseus nerves) پر اسکا دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کی قوت زائل ہوگئی تھی (ایگنیو: Agnew) - مثلثہ الرؤس کے منتہی پر بھی ایک درجک ہوتی ہے (شکل ۷۰) -

کہنی کے جوڑ کے **رباطات** میں سے مقدم اور موخر رباطات مقابلتہً پتلے ہوتے ہیں اور اس مفصل کے مرض میں جوڑ کے اندر جو سیال ہوتا ہے اسکے دباؤ سے خاسکر موخرالذکر جلد جواب

دیدیتا ہے (شکل ۷۰)۔ داخلی جانبی (زندی مجانب) رباط اس حصہ کے رباطات میں سے سب سے
315 مضبوط اور سب سے وسیع ہوتا ہے اور یہ اپنی استواری اور وسیع چسپیدگی کی وجہ سے اور نیز
اسلئے کہ یہ نہ صرف خم کردگی اور بسط کردگی کو ہی محدود رکھتا ہے بلکہ اگر کلائی کو بازو سے باہر کیطرف کو



شکل ۷۰۔ کہنی کے جوڑ کی انتصابی تراشں۔

زُج اور بکرہ کے بربالی خطوط سرخ دکھائے گئے ہیں۔ جوڑ نصف بسط کردگی کی حالت میں ہے۔
ا۔ زُج کا عام کلاہ نما برباله جس سے مثلثۃ الرؤس چسپیدہ ہوتا ہے۔ ب۔ برباله جوکہ ہے گاہے پایا جاتا ہے اور جس سے زُج کا بالائی ایک تہائی حصہ بنتا ہے۔ تین درجکیں دکھائی گئی ہیں ــــ زُج کے اوپر۔ مثلثۃ الرؤس کے منتہی کے نیچے اور ذوراسین کے منتہی پر۔ (عضلہ باطمہ طویلہ = عضلہ عضدیہ کعبریہ)۔

مروڑنے کی کوشش کی جائے تو اسکو بھی محدود کرتا ہے کہنی کی "موچوں" میں یہ اکثر نقصان اٹھاتا ہے۔ چونکہ یہ رباط زُج کے تمام اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اسلئے اس زائدہ کے کسر کی حالت میں یہ ٹکڑوں کی علٰحدگی کو روکنے میں مدد دیتا ہے۔

مفصلی مرض ۔ اس جوڑ کے مرض میں انصباب پہلے پہل ایک ورم کی شکل میں

نمودار ہوتا ہے جو زُرج کے حاشیوں کے اردگرد پایا جاتا ہے۔ اور اسکی توجیہ ان امور سے ہوتی ہے کہ زلالی کہف یہاں سطح سے قریب ترین ہوتا ہے اور موخر رباط ڈھیلا ڈھالا اور پتلا ہوتا ہے۔ نیز کعبری ذراعیئی مفصل کے خط پر بھی کسیقدر ورم جلد ہی دیکھنے میں آجاتا ہے، اور اس مقام پر تموج کا پایا جانا انصباب مفصل کو مثلثۃ الرؤس کے نیچے کی درجک کی سادہ کلائی سے تمیز کرتا ہے عمیق ورم مقدم رباط کے پتلا ہونے کی وجہ سے جوڑ کے سامنے عضلہ عضدیہ مقدم (brachialis anticus) کے نیچے بھی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور خارجی سر قندال کے اردگرد یہ آخر میں ظاہر ہوتا ہے۔ داخلی (زندی مجانب) رباط کی کثافت زلالی غشا کو اندر کی طرف ابھرنے سے باز رکھتی ہے۔ 316

جب اس جوڑ میں تقیح پیدا ہوجاتا ہے تو پیپ اوپر کی اور پیچھے کی طرف ذراعیہ اور مثلثۃ الرؤس کے درمیان چلکر سطح تک نہایت آسانی سے پہنچ جاتی ہے۔ اور اسلئے خراج کا منھ عام طور پر اس عضلہ کے کسی ایک کنارہ پر بنجاتا ہے۔ بعض اوقات پیپ سامنے کی طرف عضلہ عضدیہ کے نیچے چلی جاتی ہے، اور اس عضلہ کے منتہی کے قریب باہر نکل جاتی ہے۔ مرض زدہ کہنی کا میلان نصف خم کردگی کی حالت میں رہنے کی طرف ہوتا ہے، اور یہ معلوم کرنا دلچسپی کا باعث ہوگا کہ یہ جوڑ اسوقت بھی یہی وضع اختیار کرلیتا ہے جبکہ اسمیں زور سے اشرابات کئے جائیں (بروِن :Braun)۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ اس جوڑ میں نصف خم کردگی کی حالت میں سیال کی سب سے بڑی مقدار سما سکتی ہے۔

کہنی کی عضلی استواری کے سلسلہ میں جو مرض کی معکوس خراش سے پیدا ہوئی ہو یہ معلوم کرلینا مناسب ہوگا کہ اس مفصل کے تمام اعصاب خاصکر عضلی مرغولی (musculo-spiral) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اس پر فعل کرنے والے عضلات کو رسد پہنچاتے ہیں۔ زندی عصب کا جو تعلق اس جوڑ سے ہے اس سے ان واقعات کی توجیہ ہوجاتی ہے جنہیں اس عصب کے تفرع کے متناظر حصوں میں کلائی کے ساتھ ساتھ اور انگلیوں میں شدید درد محسوس ہوتا ہے۔

کعبرہ کا بالائی بربالہ اور ذراعیہ کے زیرین بربالہ کا بیشتر حصہ دروں زلالی ہوتا ہے یعنی یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر آجاتے ہیں (شکل ۷۱)۔ زند کے بالائی بربالہ کا جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے صرف کچھ حصہ ہی کیسہ کے اندر واقع ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے خلوع۔ یہ بہت سے ہیں اور انکو اسطرح ترتیب دیا جا سکتا ہے۔(۱) کعبرہ اور زند دونوں کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف، یا باہر کی طرف، یا اندر کی طرف، اور یا آگے کی طرف (علی الترتیب بلحاظ کثرت وقوع)۔(۲) صرف کعبرہ کے خلوع یا تو آگے کی طرف، یا پیچھے کی طرف، اور یا باہر کی طرف (علی الترتیب بلحاظ کثرت وقوع)۔(۳) صرف زند کا خلع پیچھے کی طرف۔

317

ان مختلف الانواع خلوع کے سلسلہ میں بعض عمومی تشریحی امور کا تمہیداً بیان کرنا مناسب ہوگا۔

(ا) **مقدم موخر خلوع جانبی خلوع کے مقابلہ میں بہت کثیر الوقوع ہیں**۔ مقدم موخر رخ میں جو خلوع واقع ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر الوقوع ہیں، کیونکہ اس جوڑ کی حرکتیں اسی رخ میں واقع ہوتی ہیں، اور ذراعیہ کی مفصلی سطح آگے سے پیچھے کی طرف کو نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے کہنی میں طبعی طور پر کوئی جانبی حرکت نہیں پائی جاتی، اور اس مفصل کا عرض ایک جانب سے دوسری جانب تک معتدبہ ہوتا ہے۔ مقدم موخر رباطات کمزور اور جانبی (مجانب) رباطات مضبوط ہوتے ہیں۔

(ب) **کلائی کی دونوں ہڈیاں اکیلی کعبرہ یا اکیلی زند کی نسبت زیادہ کثرت سے مخلوع ہوتی ہیں**۔ اس امر کا انحصار ایک طرف تو کعبرہ اور زند کے باہمی رباطی تعلق پر ہے، اور دوسری طرف ذراعیہ اور کعبرہ کے اس قسم کے باہمی تعلق کی عدم موجودگی پر۔ مردہ موضوع میں پیش بازو کی دونوں ہڈیوں کو مخلوع کرنا مشکل نہیں ہوتا۔ مگر کعبرہ کو زند سے بافتوں کو زیادہ توڑنے یا پھاڑنے کے بغیر علیحدہ کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔

(ج) **اکٹھی دونوں ہڈیوں کا عام ترین خلع پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے اور آگے کی طرف کو یہ سب سے زیادہ نادر الوقوع ہے**۔ قبل الذکر حالت میں حرکت کو چھوٹا سا اکلیل نما زائدہ اور موخر الذکر میں بڑا اور خمدار زج مزاحم آتا ہے۔ اسی قسم کے اسباب کی وجہ سے باہر کی طرف کا خلع اندر کی طرف کی غیروضعیت سے کم نادر ہے کیونکہ ذراعیہ کی مفصلی سطح اندر کی طرف سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور اسلیئے اس حصہ میں یہ زیادہ رکاوٹ

پیش کرتی ہے۔

318 (د) اگر ایک ہی ہڈی مخلوع ہوتی ہے تو وہ بالعموم کعبرہ ہوتی ہے

ایسا اس ہڈی اور ذراعیہ کے درمیان قابل اعتماد اتحاد موجود نہ ہونے، اور کعبرہ کے (جو ہاتھ کا دستہ ہے) بلا واسطہ ضرب کے زیادہ حد تک معرض اثر میں رہنے، اور نیز اسکے زیادہ حرکت پذیر ہونے سے ہوتا ہے۔ یہ خلع بالعموم آگے کی طرف کو واقع ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جس قسم کے ضربات کا رجحان اس ہڈی کو اکثر اپنی جگہ سے ہٹا دینے کی طرف ہوتا ہے اسی قسم کے ضربات کا رجحان اسکو آگے کی طرف کو کھینچنے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ پالٹ (Paulet) اس امر پر زور دیتا ہے کہ حلقہ نما رباط (annular ligament) کا موخر حصہ مقدم حصہ کی نسبت "کہیں زیادہ موجب مزاحمت" ہوتا ہے۔ اکیلی زند کا خلع پیچھے کے رخ میں واقع ہوتا ہے، اور اسکے وجوہ معلوم ہی ہیں۔

جملہ اقسام کے خلوع جزوی بھی ہوتے ہیں اور مکمل بھی۔ جب یہ مقدم موخور رخ میں واقع ہوتے ہیں تو بالعموم مکمل ہی ہوتے ہیں، اور جب غیر وضعیت جانبی ہوتی ہے تو یہ جزوی ہوتے ہیں۔

کہنی کے خلع کی صرف انہی دو قسموں پر جو عام طور پر پائی جاتی ہیں اب ذرا تفصیل کے ساتھ بحث کی جاسکتی ہے۔

دونوں ہڈیوں کی خلفی غیر وضعیت۔ یہ جبری بسط کردگی میں واقع ہوجاتی ہے اس میں زُج (olecranon) کی چوٹی جو ذراعیہ پر دباؤ ڈالے ہوتی ہے دوسری قسم کے بیرم کے نصاب کا کام دیتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سینی (sigmoid) یا نیم قمری (semilunar) کٹاؤ بکرہ سے دور ہٹ جاتا ہے۔ کلائی پر پیچھے کی یا اوپر کی سمت میں شدت کا زور پڑنے سے حقیقی غیر وضعیت پیدا ہوجاتی ہے۔ اس حالت کی توضیح دوڑتے ہوئے مکمل طور پر بسط کردہ ہاتھ کے بل گرنے کی مثال سے کیجاسکتی ہے۔ یہ ضرر جارحہ کے بعض شدید مروڑں سے پیدا ہوسکتا ہے مالگین (Malgaigne) کی یہ رائے ہے کہ مروڑ کی خاص قسم جو خلع پیدا کرنے کے لئے سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے وہ ہے جبکہ کہنی کی نصف خم کردگی کی حالت میں کلائی کو اندر کیطرف کو مروڑا جائے۔ اسطرح داخلی جانبی رباط پھٹ جاتا ہے اور اکلیل نما زائدہ ذراعیہ کے نیچے

اندر کی اور نیچے کی طرف کو بل کھاجاتا ہے اور اسطرح ہڈیاں پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتی ہیں۔جوڑ کے مکمل طور پر خم کردہ ہونے کی صورت میں اس ضرر کا پیدا ہونا مشکل ہے۔خلع کی مکمل حالت میں

319 اکلیل نما زائدہ زجی حفرہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور یہ اس جوف میں مشکل ہی سے داخل ہوتا ہے (جیسا کہ بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے) کیونکہ یہ زند اور کعبرہ کے درمیانی تعلق کی وجہ سے اور موخرالذکر کے ذراعیہ کے بیرونی سرقندال کے پیچھے نکل جانے سے اس حفرہ میں گر نہیں سکتا۔ مقدم اور دونوں جانبی رباطات بالعموم کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور موخر اور حلقہ نما رباطات بچ جاتے ہیں۔ ذوراسین ذراعیہ کے زیرین سرے پر سے کھچ جاتا ہے اور اوسط درجہ تک تنیدہ ہو جاتا ہے۔عضلہ عضدیہ بہت تنجاتا ہے اور اکثر پھٹ جاتا ہے۔مرفقیہ (anconeus) بھی تنیدہ ہوجاتا ہے۔وسطی اور زندی اعصاب بھی بعض اوقات حد سے زیادہ کھچ جاتے ہیں۔

۲۔**کعبرہ کی مقدم بغیر وضعیت**۔یہ ہڈی کو پیچھے کی طرف سے بلاواسطہ چوٹ پہنچنے، یا انتہائی اکباب (pronation)، یا بسط کردہ اور مکبب ہاتھ کے بل گرنے سے پیدا ہوتی ہے۔مقدم خارجی اور حلقہ نما رباطات پھٹ جاتے ہیں۔

کہنی کی موچ ('کھچی ہوئی کہنی') (pulled elbow)۔۵ سال سے کم عمر کے بچوں میں جارحہ کو مبطوح حالت میں زور سے کھینچنے سے بعض اوقات کعبرہ حلقہ نما رباط میں سے نیچے کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور یہ رباط اوپر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ایسی حالتوں میں جبر کہنی کے عضلات کو معمولی معکوس انقباض کے لئے وقت ملنے سے پیشتر ہی عمل میں آجاتا ہے۔لہٰذا جب بچہ ہاتھ سے پکڑ کر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو تمام وزن عضلات کی بجائے کہنی کے رباطات پر پڑتا ہے۔ اس قسم کے خلع کی مزاحمت کرنے والے رباطات صرف یہی ہیں:۔(۱) ترچھا زندی کعبری رباط، (۲) حلقہ نما رباط کے زیرین ریشے جو سر کو پکڑے ہوتے ہیں۔مکبب حالت میں کہنی کو خمیدہ کرنے سے مذکورہ رباط اپنے طبعی محل پر آجاتا ہے۔

ذراعیہ کے نیچے کے سرے کے کسور۔یہ مندرجہ ذیل ہیں:۔(۱) سرقندالوں کے عین اوپر کا ایک کسر۔(۲) ٹی (T) کی شکل کا کسر جس میں جوڑ بھی ماؤف ہوتا ہے۔(۳) داخلی

یا وسطانی اور (۴) خارجی یا جانبی قندالی حصوں کے کسور-(۵) اندرونی سرقندال کا کسر-
اور (۶) نیچے کے بربالہ کے عین اوپر سے علیحدگی - یہ تمام کسور بچوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

ا- یہ کسر جو بعض اوقات "**سرقندالوں کے قاعدہ پر کا کسر**" کہلاتا 320
ہے بالعموم حفرۂ زُج کے ذرا اوپر جہاں ذراعیہ کی پوری پھیلنا شروع ہوتی ہے واقع ہوتا ہے - یہ عموماً
ایک جانب سے دوسری جانب تک مستعرض واقع ہوتا ہے، اور پیچھے سے نیچے کی اور سامنے
کی طرف کو ترچھا ہوتا ہے - عام طور پر یہ کسی ایسی چوٹ کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہنی کے سرے پر
لگی ہو - زُج کی نوک ہڈی میں دفعتہً گھس کر شائد فانہ کے سرے کی طرح عمل کرتی ہے، اور اس
کسر کے پیدا کرنے میں ایک اہم فعل سرانجام دیتی ہے - نیچے کا ٹکڑا پیش بازو کی ہڈیوں کے
ساتھ ہی مثلثۃ الرؤس کی وجہ سے عام طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے، اور اسی عضلہ اور
ذوراسین اور عضلہ عضدیہ کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے - وسطی اور زندی عصاب
کو اور بالخصوص موخرالذکر کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچتا ہے -

۲- "**ٹی (T) کی شکل کا کسر**" قبل الذکر ضرر کی ہی ایک قسم ہے - سرقندالوں
سے اوپر مستعرض کسر واقع ہونے کے علاوہ ایک انتصابی کسر بھی موجود ہوتا ہے جو جوڑ کے اندر تک
جاتا ہے - چنانچہ نیچے کا ٹکڑا دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے - غیر وضعیت ویسی ہی ہوتی ہے - یہ
کسر عام طور پر خمیدہ کہنی کے بل گرنے سے پیدا ہوتا ہے، اور یہاں بھی یہ ممکن ہے کہ زج کا سرا ہی
فانہ کے طور پر کام کرتا ہو اور کسر پیدا کر دیتا ہو، اور نیز زند کے ہلالی کٹاؤ کے وسط پر جو
نمایاں حید ہوتا ہے وہ دوسرے فانہ کا کام دیتا ہو اور جوڑ کے اندر تک کا مستعرض کسر
پیدا کرتا ہو -

جراحی مقاصد کے لئے یہ مناسب ہے کہ ذراعیہ کے بُعدی مفصلی سرے کے
ہر ایک رقبہ کو جس پر سرقندال واقع ہوتا ہے "قندالی حصہ" کے نام سے موسوم کیا جائے - اگر
صحیح صحیح کہا جائے تو سرقندال جوڑ کے کیسہ کے باہر واقع ہوتے ہیں اور "قندالی حصے" اِس کے
اندر تک چلے جاتے ہیں -

۲- **داخلی یا وسطانی قندالی حصہ** کے کسر میں خطِ فصل بالعموم

321

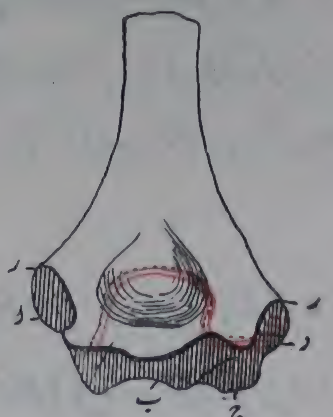
وسطی سر قندال کی نوک کے نصف انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے (اور اسلئے یہ جوڑ سے باہر ہوتا ہے)، اور زج اور اکلیل نما حفرہ میں سے باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں گذر کر بکری سطح کے مرکز پر سے ہوتا ہوا مفصل کے اندر داخل ہوجاتا ہے (ہیملٹن: Hamilton)۔ یہ ٹکڑا اکثر اوپر کی پیچھے کی، اور اندر کی طرف کو ذرا ہٹ جاتا ہے، اور زند بھی اس کے ساتھ ہی جاتی ہے۔

۴۔**خارجی یا جانبی قندالی حصہ** کے کسر میں بھی خط فصل خارجی سر قندال کے اوپر سے اور جوڑ کے باہر سے شروع ہوتا ہے، اور نیچے کی طرف کو جاکر عام طور پر بکری سطح اور اس سطح کے درمیان میں سے جو کعبرہ کے لئے ہوتی ہے جوڑ میں داخل ہوجاتا ہے۔ غیر وضعیت خفیف اور تغیر پذیر ہوتی ہے۔

۵۔**خارجی سر قندال** کا کسر اسکے صغیر الجسامت ہونے کی وجہ سے شاذو نادر ہی ممکن ہوتا ہے۔ مگر **داخلی یا وسطانی سر قندالوں** کے کسور کافی عام ہوتے ہیں، اور جوڑ غیر متاثر رہتا ہے (شکل ۱۷)۔ یہ سر قندال ایک علٰحدہ بربالہ کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے، اور جو اس عمر سے قبل کسی وقت بھی بلاواسطہ ضرب یا شدید عضلی فعل سے علٰحدہ ہوسکتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف صفاقی ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے اسلئے عریض غیر وضعیت عام طور پر واقع نہیں ہوتی! اور جب یہ واقع ہوتی ہے تو یہ مشترک خم کن عضلات کی سیدھ میں ہوتی ہے جو اس زائدہ کی نوک سے نکلتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں زندی عصب کو جو اس زائدہ کی دوسری طرف پر واقع ہوتا ہے اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے

۶۔**نیچے کا بربالہ** (شکل ۱۷)۔ ذراعیہ کے غضروفی زیریں سرے میں چار تعظمی مرکز ظاہر ہوتے ہیں جو مندرجۂ ذیل ہیں:۔ (۱) ایک تارکچہ (capitellum) اور بکرہ (trochlea) کے جانبی نصف کے لئے۔ ۲½ سال پر۔ (۲) داخلی سر قندال کے لئے، ۵ سال پر۔ (۳) بکرہ کے وسطانی نصف کے لئے، ۱۰ سال پر۔ اور (۴) خارجی سر قندال کے لئے، ۱۲ سال پر۔ ذراعیہ کے زیرین سرے کی مفصلی سطح میں یہ ایک غیر معمولی خاصہ پایا جاتا ہے کہ اسمیں دربالہ کا کچھ حصہ شامل ہوتا ہے، کیونکہ موخرالذکر کی ایک پتلی سی دھجی بکرہ اور داخلی

سرقندال کے درمیان حائل ہوتی ہے۔ تارکچی، بکری اور خارجی سرقندالی مراکز تقریباً سن بلوغ پر متحد ہوتے ہیں، اور ان سے اصلی بربالہ بنتا ہے! ور یہ تودہ جو اسطرح طیار ہوتا ہے تقریباً سترھویں سال پر پوری سے مل جاتا ہے۔ داخلی سرقندالی بربالہ اٹھارویں یا انیسویں سال تک علحدہ رہتا ہے، اور اسلئے بربالی خط دو حصوں پر منقسم پایا جاتا ہے، اور اس کی تشکل 322
بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر اور باہر دونوں طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۷)۔ اور اسکا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو خارجی سرقندال کے اوپر کے کنارہ سے لیکر داخلی سرقندال کے زیرین کنارہ تک کھینچا جائے۔ زیرین بربالہ پوری سے ۱۷ سال کی عمر پر ملتا ہے۔ چنانچہ ۱۷ سال کے بعد ہڈی کی بالیدگی کا انحصار لازمی طور پر بالائی بربالہ کی فعالیت پر ہوتا ہے، جو ۲۰ سال کی عمر تک متحد نہیں ہوتا۔ لہذا سولہ یا سترہ سال کی عمر سے پہلے کہنی کا استیصال (excision) کرنے سے جارحہ کا نمو بند نہیں ہوگا، خواہ آری بربالی خط سے بھی تجاوز کر گئی ہو۔ بہرکیف بہت سے ایسے واقعات کے متعلق اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں سولہ سال کی عمر سے پہلے نیچے کے بربالہ کو اور بیس سال کی عمر سے پیشتر اوپر کے بربالہ کو چوٹ آنے سے جارحہ کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہوگئی تھی۔ چونکہ بربالی خط کا زیادہ تر حصہ کیسہ کے اندر ہوتا ہے اسلئے بعدی تودہ کے علحدہ ہو جانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذرا سرک جانے کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بربالہ کی علحدگی کہا جاتا ہے اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بربالی صفحہ کے عین اوپر سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بربالہ اور خاصکر وہ بربالہ جو داخلی سرقندال کے لئے ہوتا ہے حقیقی طور پر علحدہ ہوسکتا ہے۔



شکل ۱۷۔ ذراعیہ کا زیرین بربالہ پیچھے کی طرف سے۔
ا۔ داخلی سرقندال کا مرکز۔ ب۔ ج۔ د۔ متحدہ مراکز بکرہ، تارکچہ اور خارجی سرقندال کیلئے۔
ک۔ س۔ بربالی خط۔ کیسہ کی چسپیدگی سرخ خطوط سے ظاہر کیگئی ہے۔

بالائی جارحہ کے بربالے کہنی پر کے بربالے اپنی اپنی ہڈی کی پوری سے ۱۷ سال کی عمر پر متحد ہو جاتے ہیں (سوائے خارجی قندال کی نوک کے۔ جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد 323 ہوتی ہے)۔ ہڈیوں کے کندھے اور کلائی کی طرف کے سروں کے بربالے ۲۰ سال کی عمر پر متحد ہوتے ہیں۔ تینوں ہڈیوں کی مغذی قنالیں کہنی کی طرف کو جاتی ہیں۔ ذراعیہ کی مغذی شریان عضدی شریان یا تحتانی عمیق (inferior profunda) شریان سے نکلتی ہے اور کعبرہ اور زند کی مغذی شریانیں مقدم بین العظامی سے نکلتی ہیں۔

زج کے کسور ذراعیہ کے نیچے کے سرے یا زند کے اوپر کے سرے پر بلاواسطہ چوٹ لگنے سے پیدا ہوتے ہیں، اور چند واقعات میں یہ شدید بالواسطہ چوٹ سے بھی ظاہر ہو جاتے ہیں۔ عضلی فعل سے کسر پیدا ہونے کی مثالیں چند ہی ہیں، اور ان پر کچھ نہ کچھ اعتراض کیا جا سکتا ہے۔ کسر اس زائدہ کے وسط کے قریب عین وہاں جہاں یہ تنگ ہونا شروع ہو جاتا ہے نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے، اور یہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے۔ مثلثۃ الرؤس کی وجہ سے جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے وہ اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ اس زائدہ پر کا گرد عظمہ اور اس سے چسپیدہ رباطات کس حد تک دریدہ ہوئے ہیں۔ زج کا زیادہ تر نمو زند کی پوری سے ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ مگر اس زائدہ کی چوٹی پر چھلکے کی طرح کا ایک بربالہ بھی ہوتا ہے جو بقیہ زُج سے ۱۷ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک اور بربالی مرکز بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے زُج کا بالائی ثلث لپیار ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ کم عمر موضوعات میں چھلکے کی طرح کا یہ بربالہ بعض اوقات چوٹ سے علیحدہ ہو جاتا ہے، یا غضروفی زج بقیہ ہڈی سے جدا ہو جاتا ہے۔ بالغوں میں زج کا عام کسر بربالی خط کی متابعت نہیں کرتا۔

اکلیل نما زائدہ کا کسر ایک نہایت ہی نادر الوقوع حادثہ ہے اور یہ بعض اوقات زند کے عقبی خلع میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سمجھ میں آنا ناممکن ہے کہ یہ زائدہ عضلہ عضدیہ مقدم کے فعل سے کس طرح ٹوٹ جاتا ہے، درآنحالیکہ یہ عضلہ اس زائدہ پر منتہی ہونے کی بجائے زند پر اس مرمیہ کے قاعدہ پر منتہی ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ نیز یہ بربالہ کی طرح بھی

علٰحدہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اسکی حیثیت بربالہ کی نہیں ہے۔

کعبرہ کے سر یا اس کی گردن کے کسور نادرالوقوع ہیں۔ اور یہ بالعموم خلع یا دوسری سخت چوٹوں کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں۔ سر عام طور پر یا تو شق ہو جاتا ہے، 824
اور یا اسمیں ستارہ کی طرح کا کسر پایا جاتا ہے۔ اور اگر ضرر سر تک ہی محدود ہو تو یہ صرف لاشعاعوں کی مدد ہی سے تشخیص کیا جا سکتا ہے۔ کعبرہ کا بالائی بربالہ تمام تر حلقہ نما رباط کے حدود کے اندر ہوتا ہے، اور سادہ ضرر میں مشکل ہی سے علٰحدہ ہو سکتا ہے۔ یہ غضروف کے صرف ایک قرص ہی کی حیثیت رکھتا ہے۔ اور ۱۷ سال کی عمر پر پوری سے متحد ہوتا ہے۔ جب اس ہڈی کی گردن ٹوٹ جاتی ہے تو نیچے کا ٹکڑے کا اوپر کا سرا عضلہ ذو راسین سے بخوبی اوپر کو کھنچ جاتا ہے۔

کہنی کا استیصال جزئی (resection of elbow) بہت سے طریقوں سے کیا جا سکتا ہے اور ان تمام طریقوں میں عصب زندی کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے، اور نمایاں داخلی سر قندال کو صاف کرنے میں اکثر تکلیف پیش آتی ہے۔ اگر چاقو ہڈی سے قریب رکھا جائے تو چھوٹا بڑا کوئی عرق نہیں کٹتا۔ جن عضلات میں زیادہ خلل اندازی ہوتی ہے وہ مرفقیہ (anconeus)، باطحہ (supinator)، عضلہ باسطہ زندیہ (extensor carpi ulnaris)، عضلہ باسطہ رسغیہ کعبریہ قصیرہ (extensor carpi radialis brevior)، اور عضدیہ (brachialis) ہیں۔ زج کے اوپر کے گرد عظمہ کو اور مثلثۃ الرؤس کے وتر کے خارجی جانبی پھیلاؤ کو جو کلائی کی عمیق ردا تک پہنچتا ہے بچانا نہایت اہم ہوتا ہے تاکہ یہ عضلہ بعد میں بھی بطور باسطہ کے فعل کر سکے۔ عضلہ عضدیہ کے منتہی کو کاٹنے کی کبھی ضرورت نہیں ہوتی اور ذو راسین کے منتہی کو کاٹنے کی اس سے بھی کم ضرورت ہوتی ہے، گو قبل الذکر کے چند ریشے زند کی بالائی سطح کو دور کرتے وقت علٰحدہ کئے جا سکتے ہیں۔ ان تمام حصوں پر سے جنکا استیصال جزئی منظور ہوتا ہے گرد عظمہ زیر گرد عظمی طریقہ سے باحتیاط اتار لیا جاتا ہے اور اسے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے مثلثۃ الرؤس کا اثر زند پر باقی رہتا ہے اور جوڑ کی تجدید زیادہ مکمل ہوتی ہے۔ استیصال جزئی کے بعد خاصکر جب کہ یہ زیر گرد عظمی طریقہ سے سر انجام دیا جائے جوڑ کے افعال بخوبی بحال ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ ظاہر ہے کہ مفصل کی تشریحی تفاصیل کسی طریقہ سے بھی واپس

نہیں آتیں۔ چنانچہ کامیاب عملیہ میں نیا جوڑ ذو کعبینی (bimalleolar) شکل اختیار کریگا۔ اور کہنی کے جوڑ کی نسبت ٹخنے کے جوڑ سے زیادہ مشابہ ہوگا۔ ذراعیہ سے طبعی قندالوں کی جگہ 325
دو کعبیے پیدا ہوجاتے ہیں اور انکے درمیانی قعر میں زند اور کعبرہ واقع ہوتے ہیں۔ زند اور ذراعیہ کے درمیان جدید رباطات پیدا ہوجاتے ہیں، اور کعبرہ کے لئے ایک نیا حلقہ نما رباط بنجاتا ہے۔ بخلاف اسکے اگر جساۃ ناگزیر ہو تو ایسے ذرائع ضرور اختیار کرنے چاہئیں جن سے تثبیت موزوں ترین زاویہ پر واقع ہو۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ جاسی کہنی اس وقت مفید ترین ثابت ہوتی ہے جبکہ پیش بازو بازو پر تقریباً ۶۰ درجہ کے زاویہ پر قائم کردیا گیا ہو۔ اس زاویہ پر ہاتھ منھ تک لایا جاسکتا ہے۔ ہاتھ حالت بطح میں ہونا چاہئے۔ اگرچہ یہ وضع نسبتاً بدنما دکھائی دیتی ہے، مگر جارحہ مبطوح حالت ہی میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالتِ اکباب حسب خواہش میان کتفی صدری حرکات سے حاصل کیجاسکتی ہے۔

کہنی پر بڑے بڑے اعصاب کا محل

عضلی مرغولی (musculo-brachio-spiral) (کعبری : radial) عصب خارجی سرقندال کے سامنے عضدیہ کعبریہ (brachio-radialis) کے نیچے پایا جاتا ہے جہاں یہ موخر بین العظامی (posterior interosseus) اور کعبری زیر جلدی (radial subcutaneous) شاخوں میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ عصب وسطی (median) شریان عضدی کے اندرونی کنارہ پہ واقع ہوتا ہے اور زندی (ulnar) عصب داخلی سرقندال کے پیچھے کے میزاب میں موجود ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 313)۔

باب چہاردہم

پیش بازو

(THE FOREARM)

سطحی تشریح۔ یہ جارحہ اپنے بالائی نصف پر اور خاصکر بالائی ثلث پر مستعرض قطر میں مقدم موخر قطر کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس مقام پر کی تراش کا خاکہ کسیقدر بیضوی ہوتا ہے، اور نیز یہ سامنے کی طرف سے چپٹا اور پیچھے کی طرف سے محدب ہوتا ہے۔ یہ خاکہ قوی العضلات موضوعات میں بہترین طور پر نظر آتا ہے، اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلات کے ان جانبی تودوں پر ہے جو سر قندالوں سے نیچے اترتے ہیں۔ ضعیف العضلات اشخاص میں اس جارحہ کے خاکہ کا رجحان بلند ترین حصہ پر بھی بیضوی ہونے کی بجائے مدور ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ مزید برآں عورتوں اور بچوں میں یہ جارحہ جانبی عضلی تودوں کے بہت کم نمو یافتہ ہونے اور سامنے کی اور پیچھے کی طرف چربی جمع ہونے کی وجہ سے گول ہوتا ہے۔

مضبوط موضوع میں پیش بازو کی موخر سطح کے باہر کے کنارے پر ایک ارتفاع پایا جاتا ہے جو عضلہ عضدیہ کعبریہ (brachio-radialis) اور دو کعبری باسط عضلات (radial extensors) سے بنتا ہے، اور یہ عضلات اس کنارے کے وسط سے نیچے وتری ہو جاتے ہیں۔

اس کنارہ کے زیریں ثلث پر ایک چھوٹا سا فراز ہوتا ہے جو ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی اور آگے کی طرف کو جاتا ہے۔یہ فراز انگوٹھے کے باسط عضلات کے گزرنے سے بنتا ہے۔موخر سطح کے وسط پر ایک اور ارتفاع ہوتا ہے جو بیرونی (جانبی) قندال سے نیچے کی طرف آتا ہے اور یہ زیادہ تر باسطہ مشترکہ (extensor communis) سے بنتا ہے۔اس فراز کے اندر کی طرف ایک میزاب ہوتا ہے جو بہت قوی العضلات اشخاص میں اچھی طرح سے دکھائی دیتا ہے۔یہ زند کے موخر ظہری کنارہ کو ظاہر کرتا ہے۔

327 زند شروع سے لیکر آخر تک زیر جلدی ہوتی ہے اور اسکا امتحان آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔کعبرہ کا بالائی نصف حصہ اتنا گہرا واقع ہوتا ہے کہ بآسانی شناخت نہیں کیا جاسکتا لیکن اس ہڈی کا زیریں نصف حصہ جلد کے نیچے بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

کعبری شریان کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو کہنی کے خم پر سے ذوراسین کے وتر کے بیرونی کنارہ سے لیکر کعبرہ کے زائدہ ابریہ (styloid process) کے سامنے تک کھینچا جائے۔نبض زائدہ ابریہ اور عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان محسوس کیجاتی ہے جہاں یہ کعبرہ کے بُعدی سرے پر متمکن ہوتی ہے۔زندی شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو خفیف سے بیرونی انقعار کے ساتھ پیش مرفقی حفرہ کے وسط سے لیکر اس خط کے وسطی اور بالائی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک کھینچا جائے جو اندرونی سرقندال کو عظم مشنگہ (pisiform bone) کی کعبری طرف سے ملاتا ہو۔اسکے بعد یہ اس دوسرے خط کی متابعت کرتی ہے۔زندی عصب اس سرقندالی مشنگی خط کے تمام طول کا متناظر ہوتا ہے۔

ان اوتار وغیرہ کا ذکر جن کا مظاہرہ پیش بازو کے نیچے کے سرے پر کیا جاسکتا ہے پونہچے کے بیان میں کیا جائیگا۔

عروق۔کعبری شریان

کا اوپر کا حصہ عضلہ عضدیہ کعبریہ (باطحہ طویلہ) کی اندر کی کور کے نیچے واقع ہوتا ہے۔مگر پیش بازو کے زیریں حصہ میں یہ اس عضلہ سے پوشیدہ نہیں ہوتی بلکہ اسکے وتر اور عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔اوپر سے لیکر نیچے تک اسکے گہرے تعلقات یہ ہیں:۔ذوراسین کا

وتر۔ عضلہ باطحہ قصیرہ (supinator brevis) عضلہ کابہ مدلجہ کعبریہ (pronator radii teres) ۔ عضلہ قابضہ سطحیہ اصبعیہ (flexor sublimis digitorum) کا کعبری سر۔ عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ (flexor longus pollicis) عضلہ کابہ مربعہ (pronator quadratus) اور کعبرہ۔ اسکے خط کے اوپر شگاف دیکر اور عضلہ عضدیہ کعبریہ کو باہر کی طرف ہٹا کر اسے آسانی سے حاصل کیا جا سکتا ہے۔

زندی شریان (ulnar artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جس کا ذکر
پہلے کیا جا چکا ہے۔ اپنے بالائی ایک تہائی ترچھے حصہ میں یہ عضلہ کابہ مدلجہ کعبریہ (pronator
radii teres) کے دونوں سروں کے نیچے گہری چلی جاتی ہے! اور یہاں یہ عصب وسطی سے
اس عضلہ کے گہرے سر سے علیحدہ ہوتی ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ قابضہ اصبعیہ عمقیہ
(flexor profundus digitorum) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ
(flexor carpi radialis)، عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus)، اور عضلہ قابضہ
اصبعیہ سطحیہ (flexor sublimis digitorum) کے نیچے سے گذرتی ہے یہ نیچے کا انتہائی 328
دو تہائی حصہ عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے ہوتا ہے، سوائے
اس حصہ کے جو پہونچے کے قریب ہوتا ہے اور جو عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi
ulnaris) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ان عضلات میں سے
قبل الذکر اندر کی طرف اور موخر الذکر باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زندی عصب اس شریان کے
زیریں دو تہائی حصہ کی اندرونی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

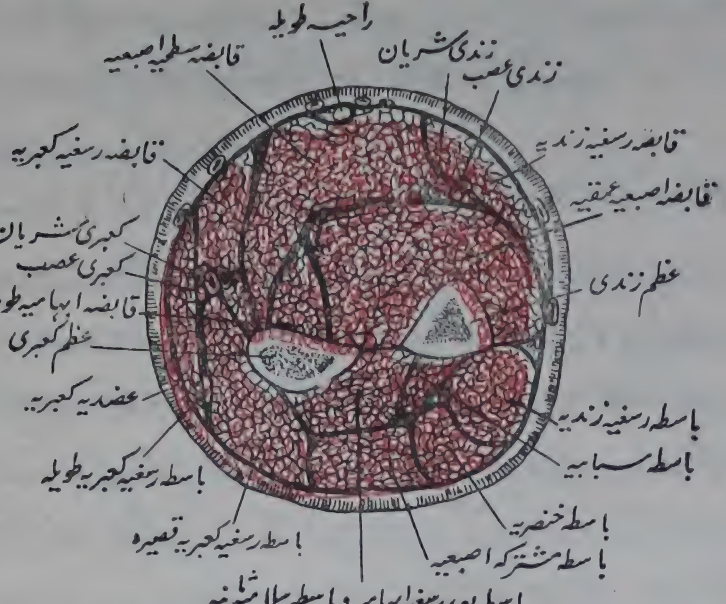
کعبری اور زندی شریان کے درمیان تفمم نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور یہ انکے تقریباً تمام ممروں میں پایا جاتا ہے۔ لہٰذا ایسا اکثر ہوتا ہے کہ نزف کو بند کرنے کے لئے کٹے ہوئے عرق کے دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

پیش بازو کی موخر (ظہری) جانب پر بڑے بڑے عروق اور اعصاب کا ایک خاص فقدان پایا جاتا ہے، اور یہ اس لحاظ سے ایک معنی خیز امر ہے کہ جارحہ کی یہی جانب ضرب کے لئے سب سے زیادہ معرا رہتی ہے۔ رُسغ سے نیچے کف دست کے برابر چوڑے حصہ پر سطحی وریدیں تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتی ہیں۔

وسطی عصب عضلہ کابہ مدلجہ (pronator teres) کے عضدی اور زندی سروں کے درمیان سے گزرتا ہے۔ پونہچے پر یہ عصب عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor digitorum sublimis) کے وتروں کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) کے وتر سے جو اسکا محل معلوم کرنے کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے یہ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کو ضرر پہنچنے سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں انکا ذکر صفحہ 376 پر کیا گیا ہے۔

پیش بازو کی ہڈیاں۔ جارحہ کے مختلف لیولوں پر تراش کاٹنے سے یہ ظاہر
ہوتا ہے کہ کعبرہ اور زند اسکے تمام حصوں میں راحی جانب کی نسبت ظہری جانب کے زیادہ قریب
ہوتی ہیں (شکل ۲۷ و ۳۷)۔ تراش جتنی بلند ہوگی یہ تعلق اتنا ہی نمایاں ہوگا۔ جارحہ کے
وسطی ثلث کے زیریں یا اسکے بُعدی سرے کے قریب دونوں ہڈیاں اسکے مرکز کے زیادہ قریب ہوتی
ہیں۔ پیش بازو کے بالائی یا قربی حصہ پر عضلات زیادہ تر اطراف پر یا سامنے کی طرف پائے جاتے
ہیں۔ تراش جتنی بُعدی ہوگی ہڈیاں اطراف پر اتنی ہی کم پوشیدہ ہونگی، اور نرم حصے جارحہ کی
راحی اور ظہری جانبوں پر اتنی ہی زیادہ مساوات سے منقسم ہونگے۔ یہ بھی دیکھنے میں آئے گا
کہ جہاں ایک ہڈی زیادہ موٹی ہے وہاں دوسری زیادہ پتلی ہے، جیسا کہ کہنی اور پونہچے کے
329 قریب ہوتا ہے۔ نیز جارحہ کے وسط پر دونوں ہڈیاں مضبوطی میں ایک دوسرے کے تقریباً برابر
ہوتی ہیں۔ دونوں ہڈیوں کے اور خاصکر زند کے جارحہ کی ظہری جانب کے قریب واقع ہونے
کی وجہ سے انکا امتحان اس طرف کی سطح سے بآسانی کیا جاسکتا ہے اور اسی جانب سے
ہڈیوں کے استیصالات جزئی اور دوسرے عملیہ جات نہایت آسانی سے سرانجام دئے جاسکتے ہیں
مزید برآں اس سے یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ مرکب کسور میں ٹکڑوں کے باہر نکل آنے سے جو زخم
پیدا ہوتا ہے وہ عام طور پر جارحہ کی ظہری جانب پر ہی واقع ہوتا ہے۔ اکباب (pronation)
اور تبطیح (supination) کی اہم حرکتیں انہی ہڈیوں کے درمیان اس محور پر واقع ہوتی ہیں جو اس
خط کا متناظر ہوتا ہے جو کعبرہ کے سر اور زند کے بُعدی سرے اور چھنگلی کی بعد رسغی ہڈی میں سے
گزرتا ہو۔ انتہائی اکباب میں کعبرہ زند پر سے ترچھی گزرتی ہے، اور مقام تقاطع پر دونوں ہڈیاں

ایک دوسرے سے تقریباً مس کرتی ہیں، اور بین العظامی غشا کے نیچے کے ریشے اور ظہری کعبری زندی رباط تنا ہوتا ہے۔ "بطح (supination) کے روکنے میں کسی رباط کو حقیقی دخل قطعاً حاصل نہیں ہوتا، بلکہ یہ حرکت کعبرہ کے زندی کٹاؤ کی موخر کور کے عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے وتر سے مس کرنے سے رکتی ہے جو زند کے زائدہ ابریہ اور اس کے گول سر کے درمیان



شکل ۲۰۷۔ پیش بازو کے وسط میں سے مستعرض تراش۔
(براون: Braune کے مطابق۔)

330 واقع ہوتا ہے" (سر۔ ایچ مورس: Sir H. Morris) دونوں حرکتوں میں سے بطح (supination) زیادہ قوی ہوتا ہے اور بہت سی مثالوں سے اسکی توضیح ہوتی ہے۔ پیچ کش یا برمے کا استعمال کرتے وقت بطح اور اکباب کی دونوں حرکتیں نمایاں طور پر عمل میں آتی ہیں لیکن اصلی طاقت کا استعمال حالت بطح ہی میں کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معنی خیز ہے کہ کاگ پیچ کا مرغولہ اس طرح بنا ہوتا ہے کہ وہ حرکت اکباب کی بجائے حرکت بطح ہی سے اندر جاتا ہے۔

صرف ایک ہی وضع ہے جس میں دونوں ہڈیاں آپس میں تقریباً متوازی ہوتی ہیں

اور ریہ بطح کی حالت ہے۔ مزید برآں اگر سختی واقع ہوجائے تو حالت اکباب یا وسطی حالت کی نسبت حالت بطح میں تثبیت ہونے سے بازو زیادہ کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اسی لئے پیش بازو کے بہت سے کسور کو درست کرنے کے لئے یہی وضع منتخب کیجاتی ہے۔ بین العظامی فضا ہلیلجی شکل کی ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے ذرا بڑی ہوتی ہے۔ مکمل اکباب میں تنگ ترین ہوجاتی ہے، اور بطح میں یہ سب سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے، اور وسطی حالت میں بھی یہ اتنی ہی چوڑی ہوتی ہے۔

یہ معلوم ہونا چاہئے کہ ترچھے کعبری زندی رباط کا میلان ان قوتوں کی مزاحمت کرنے کی طرف ہوتا ہے جو کعبرہ کو ذراعیہ سے دور کھینچتی ہیں۔ یہ ذراعیہ سے کعبرہ کی طرف کو جاتا ہے اور یہ بمنزلہ ایک بلا واسطہ رباط کے ہے اور اسی کا فعل سرانجام دیتا ہے، اور بین العظامی رباط اپنے ریشوں کے ترچھے پن کی وجہ سے زند کو کعبرہ کے اس بار کے برداشت کرنے میں شریک ہونے پر مجبور کرتا ہے جبکہ یہ ہڈی اوپر کی طرف کو دھکیلی جارہی ہو جیساکہ ہتھیلی کے سہارے سے آرام کرنے یا اس سے دھکیلنے کی حالت میں ہوتا ہے۔

331 **کلائی کے کسور**۔ کعبرہ یا زند علیحدہ علیحدہ ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی ہیں۔ جب کعبرہ اکیلی ٹوٹتی ہے تو ایسا بالعموم کسی بالواسطہ ضرب سے ہوتا ہے، کیونکہ وہ تمام صدمے جو ہاتھ سے منتقل ہوتے ہیں کم و بیش مکمل طور پر اس تک پہنچتے ہیں۔ برعکس اس کے زند اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے کیونکہ یہ دونوں ہڈیوں میں سے زیادہ سطحی اور زیادہ معرا ہوتی ہے، مثلاً سر کی چوٹ کو روکنے کے لئے جب بازو اوپر اٹھایا جاتا ہے تو زند سب سے اوپر ہوتی ہے۔ قدیم مصریوں میں جو لکڑی چلانے کے بہت دلدادہ تھے زند کے بُعدی سرے کا کسر بہت عام تھا، جیساکہ ایلیٹ سمتھ (Elliot Smith) اور ووڈ جونز (Wood Jones) کی تحقیقات سے ہمیں معلوم ہوا ہے۔ جب دونوں ہڈیاں اکٹھی ٹوٹتی ہیں تو چوٹ بعض اوقات بلا واسطہ ہوتی ہے اور بعض اوقات بالواسطہ۔ جب دونوں ہڈیاں ٹوٹتی ہیں اور کسور ترچھے ہوتے ہیں تو قابض اور باسط عضلات کے متحدہ فعل سے قصر پیدا ہوجاتا ہے۔ غیر وضعیت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے، اور عضلی فعل کی نسبت زیادہ تر ضرب کی سمت پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر اتحاد آجل ہو تو تاخیر بالعموم کعبرہ میں پائی جاتی ہے، کیونکہ دونوں ہڈیوں میں سے یہی

زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔

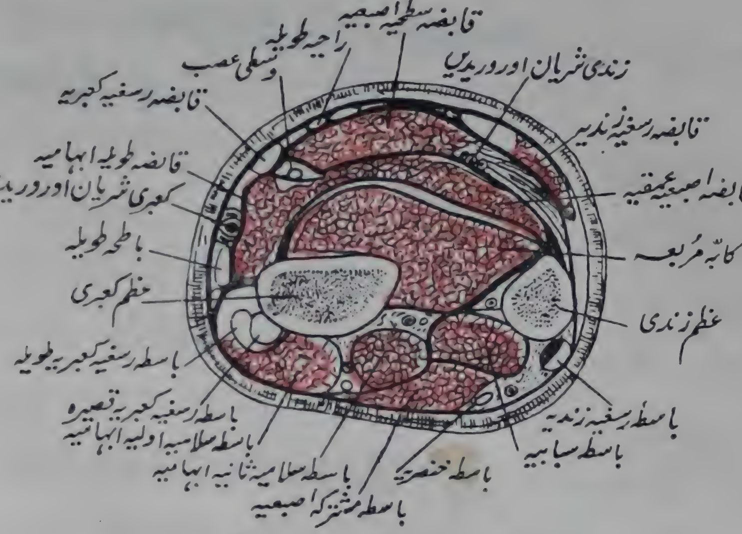
اکیلی کعبرہ جب (۱) زوراسین اور عضلہ کابہ مدلجہ (pronator teres) کے منتہاؤں کے درمیان ٹوٹتی ہے تو زوراسین اوپر کے ٹکڑے کی خم کردگی پیدا کر دیتا ہے اور یہ اور عضلہ باطحہ قصیرہ (supinator brevis) اسکو مکمل بطح کی حالت میں لے آتے ہیں۔ نیچے کے ٹکڑے کو دونوں عضلات کابہ اکباب کی حالت میں لے آتے ہیں اور اسے کھینچ کر زند کی طرف لے آتے ہیں۔ اگر ایسا کسر اس طرح باندھ دیا جائے کہ ہاتھ اکباب اور بطح کی حالتوں کے عین درمیان ہو تو مندرجہ ذیل خرابیاں پیدا ہونگی۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کی وجہ سے مکمل بطح کی حالت میں رہتا ہے۔ اور نیچے کا ٹکڑا جبیروں کی وجہ سے وسطی وضع میں رہتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ہڈی کا اصلی محور بار دیگر قائم نہیں کیا جاتا، اور زوراسین اور عضلہ باطحہ کا فعل بطور عضلات باطحہ کے بالکل زائل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جن مریضوں کا علاج اس طریقہ پر کیا جائے انمیں صحت ہونے پر قوت بطح بہت حد تک زائل ہو جاتی ہے۔ اور اس نتیجہ سے احتراز کرنے کے لئے جارحہ کو مکمل بطح کی حالت میں باندھا جائے، تاکہ دونوں ٹکڑے اپنے مناسب محور پر متحد ہو سکیں۔ اوپر کا ٹکڑا 332
ان عضلات سے مکمل بطح کی حالت میں ہوتا ہے اور نیچے کا جبیروں سے اس حالت میں رہتا ہے۔

(۲) جب کسر دونوں عضلات کابہ کے منتہاؤں کے درمیان واقع ہو تو زوراسین اور عضلہ کابہ مدلجہ اوپر کے ٹکڑے کو ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں، اور موخرالذکر عضلہ اسکو زند کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کو عضلہ کابہ مربعہ (pronator quatratus) زند کی طرف مقرب کر دیتا ہے، اور اسکا اوپر کا سرا عضلہ عضدیہ کعبریہ کے زائدہ ابریہ پر فعل کرنے کی وجہ سے اس ہڈی کے اور بھی زیادہ قریب آجاتا ہے۔ عضلہ کابہ مدلجہ (pronator teres) کا جو فعل اوپر کے ٹکڑے پر ہوتا ہے اس پر زوراسین کی قوت باطحہ اس حد تک غالب آجاتی ہے کہ قبل الذکر کا فعل کسی شمار ہی میں نہیں آتا، اور اس حالت میں بھی مکمل بطح کی حالت میں جبیرے باندھنا مناسب ہے۔

اکیلی زند جب ٹوٹتی ہے مثلاً جب کسر تقریباً وسط میں واقع ہو تو عضلہ عضدیہ قربی ٹکڑے کو بعض اوقات ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے اور عضلہ کابہ مربعہ (pronator quadratus) نیچے کے ٹکڑے کو کعبرہ کی طرف کو لے آتا ہے۔

بہرکیف غیر وضعیت تمام حالتوں میں جتنی ضرب کی سمت سے متاثر ہوتی ہے اتنی ہی عضلات کے فعل سے بھی ہوتی ہے۔

جب ایک یا دونوں ہڈیوں کے کسر کے بعد ٹکڑے اندر کی جانب کو اس قدر 333
ٹل جاتے ہیں کہ بین العظامی فضا کو عبور کر کے ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں تو شکستہ سروں کو



شکل ۷۳۔ پیش بازو کے نیچے کے ایک تہائی حصہ میں سے متعرض تراش۔
(برون Braune: کے مطابق)

علٰحدہ کرنے اور فضائے مذکور کو سلامت رکھنے کے لئے بعض اوقات درجہ دار گدیوں سے کوشش کی جاتی ہے۔ لیکن اگر ان گدیوں کو اتنا کس کر باندھ دیا جائے کہ ٹکڑے علٰحدہ رہیں تو یہ جارحہ کی ایک یا دونوں شریانوں کو مضغوط کر دیں گی اور **وولکمین کا وقف الدمی تقبض** (Volkmann's ischæmic contracture) پیدا کر دیں گی جو عضلات کی رسد خون کے ضغطہ کی وجہ سے بند ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ انجام کار عضلات میں تقبض اور

ذبولی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ اس طرح بے کار ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت عضلات کے کسی گروہ میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بشرطیکہ ان پر شدید اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے، جیسا کہ پٹیوں کے حد سے زیادہ کس کر باندھنے یا کہنی یا گھٹنے کو انتہائی خم کردگی کی حالت میں بہت عرصہ تک رکھ چھوڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ جبیروں اور پٹیوں کے غیر مناسب استعمال سے کسور کا علاج کرنے میں جو تہیج جارحہ میں فوراً نمودار ہو جاتا ہے اسکی پیدائش کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا زیادہ تر حصہ سطحی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔

شکل ۷۳ سے حصوں کا جس طرح کہ یہ پیش بازو کے بُعدی ثلث پر کے مدور بتر میں کاٹے جاتے ہیں تعلق ظاہر کیا گیا ہے۔

334

باب پانزدہم

پوہنچا اور ہاتھ

(THE WRIST AND HAND)

سطحی تشریح ۔ پوہنچے پر مندرجۂ ذیل ساختوں کی شناخت کیجا سکتی ہے ۔ کعبری طرف سے شروع کر کے کعبرہ کا نیچے کا سرا اور زائدہ ابریہ اچھی طرح سے محسوس کئے جا سکتے ہیں ۔ یہ ہڈی یہاں پر آگے کی اور پیچھے کیجانب پر سطحی ہوتی ہے اور مذکورہ زائدہ ابریہ زند کے تناظر زائدہ کی نسبت زیادہ تر راحی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے ۔ اور نیز یہ ہاتھ کی طرف کو تقریباً ½ انچ زیادہ نیچے اترا ہوتا ہے ۔ کالس کے کسر (Colles's fracture) کی تشخیص کرنے میں یہ امر عظیم الاہمیت ہے، کیونکہ اس حادثہ میں زوائد ابریہ اکثر ایک ہی لیول پر آجاتے ہیں ۔

پوہنچے پر کعبرہ کی بیرونی یا جانبی سطح پر سے عضلہ مبعّدہ ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتر گزرتے ہیں ۔ جب انگوٹھا تبعید کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہوتے ہیں، اور دونوں کے درمیان کا درز نما وقفہ محسوس کیا جا سکتا ہے ۔

پوہنچے کی **راحی جانب** پر اسکے وسط کے قریب عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus)

کا وتر ہوتا ہے اور یہ ان تمام اوتار سے جو جوڑ کی اس جانب پر واقع ہوتے ہیں عام طور پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے ۔ جن پونہچوں کا امتحان کیا گیا ہے انمیں سے تقریباً ۱۰ فیصدی میں یہ غائب پایا گیا ہے ۔ جب پونہچا ذرا خم کردہ ہو اور انگلیاں اور انگوٹھا بسط کردگی کی حالت میں ہوں، اور فرازات ابہام و خنصر حتی الامکان ایک دوسرے کے قریب ہوں تو یہ بہت نمایاں ہوتا ہے ۔
اس سے ذرا باہر کی طرف عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) کا وتر ہوتا ہے جو حسامت میں بڑا مگر کم واضح ہوتا ہے ۔ ان دونوں وتروں کے درمیان جو تنگ میزاب ہے اسمیں عصب وسطی واقع ہوتا ہے ۔ اور عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) کی کعبری جانب پر کعبری شریان ہوتی ہے ۔ رفیق وریدیں اس شریان کے گرداگرد ہوتی ہیں اور جب یہ متمدد ہو جاتی ہیں تو نبض کی نوعیت کو بدل دیتی ہیں (ہل Hill) ۔ بعض اوقات سطحی راحی (superficial volar) زیادہ اونچے مقام سے نکلتی ہے اور معمول کی نسبت بڑی ہوتی ہے اور کعبری کے ساتھ ساتھ
پونہچے کے سامنے کی طرف سے گزرتی ہے ۔ اس حالت میں یہ نبض کے حجم کو زیادہ کردیتی ہے اور "نبض مضاعف" 335
(double pulse) کے پیدا ہونے کا سبب ہوتی ہے ۔ پونہچے کے زندی کنارے کی طرف عضلہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کا وتر عظم مشنگہ (pisiform bone) کی طرف آتا ہوا نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے ۔ جب پونہچا خفیف سا خم کردہ ہو اور چھنگلی ہتھیلی کی طرف کو زور سے دبائی ہوئی ہو تو یہ نہایت واضح ہوتا ہے ۔ اس وضع میں جو گڑھا موخرالذکر وتر اور عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) کے درمیان پایا جاتا ہے اس میں عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کا وتر ہوتا ہے اور عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کی عین کعبری طرف کو زندی شریان کے ضربات محسوس کئے جا سکتے ہیں ۔ پونہچے کی راحی سطح کی موٹی جلد کے نیچے وریدوں کے ایک ضفیرہ کا کچھ حصہ نظر آتا ہے جو وسطی (median) اور راحی (volar) زندی تنوں پر جا کر ختم ہوتی ہیں ۔ زندی عصب ایک میزاب میں واقع ہوتا ہے جو عظم مشنگہ کی کعبری جانب پر ہوتا ہے ۔

پونہچے کی **پشت** پر سے مستعرضاً گزرتے وقت مندرجۂ ذیل خصائص (شکل ۷۵) بآسانی دکھائی دیتے ہیں، خاصکر جبکہ انگوٹھے اور انگلیوں کی زور سے بسط کردگی اور تبعید کیگئی ہو ۔
مسعط (tabatière) یا تشریحی ناس دانی (anatomical snuff box) جو ایک عمیق جوف ہے (دیکھو صفحہ 339) اگلی طرف سے عضلہ مبعدہ ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis)

اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتروں سے جو قریبی طور
منقرب ہوتے ہیں محدود ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف سے یہ عضلہ باسطہ ابہامیہ طویلہ (extensor
longus pollicis) (عضلہ باسطہ سلامیہ ثانیہ: extensor secundi internodii) کے
بہت نمایاں وتر سے محدود ہوتا ہے۔ یہ وتر ایک چھوٹے سے نمایاں عظمی ارتفاع کی طرف رہنمائی کرتا
ہے جو کعبرہ کی پشت پر واقع ہوتا ہے، اور یہ اس عظمی میزاب کے بیرونی کنارہ کی نشان دہی کرتا ہے
جس میں یہ وتر پایا جاتا ہے۔ کعبرہ پر پہنچ کر یہ وتر اسکی ظہری سطح کے وسط کو ظاہر کرتا ہے اور
زورقی (navicular) (سفینیہ: scaphoid) اور قمری (lunate) (نیم قمری: semilunar)
ہڈیوں کے درمیانی فاصلہ کو تخمیناً ظاہر کرتا ہے۔ دو اور وتر بھی دکھائی دیتے ہیں مگر وہ اتنے نمایاں طور
پر نظر نہیں آتے۔ یہ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ رسغیہ زندیہ
(extensor carpi ulnaris) کے وتر ہیں۔

زند کا نیچے کا سرا بہت نمایاں ہوتا ہے۔ جب ہاتھ بسطہ کی حالت میں ہوتا ہے تو اس کا
زائدہ ابریہ پوہنچے کی وسطانی ظہری سطح پر عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris)
کی وسطانی جانب پر منکشف ہوتا ہے مگر حالت اکباب میں زائدہ کم نمایاں ہو جاتا ہے اور اسکا سر
336 پوہنچے کی پشت پر نمایاں طور پر نکل آتا ہے اور یہ عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi
ulnaris) اور عضلہ باسطہ خنصریہ (extensor digiti quiniti) کے وتروں کے درمیان

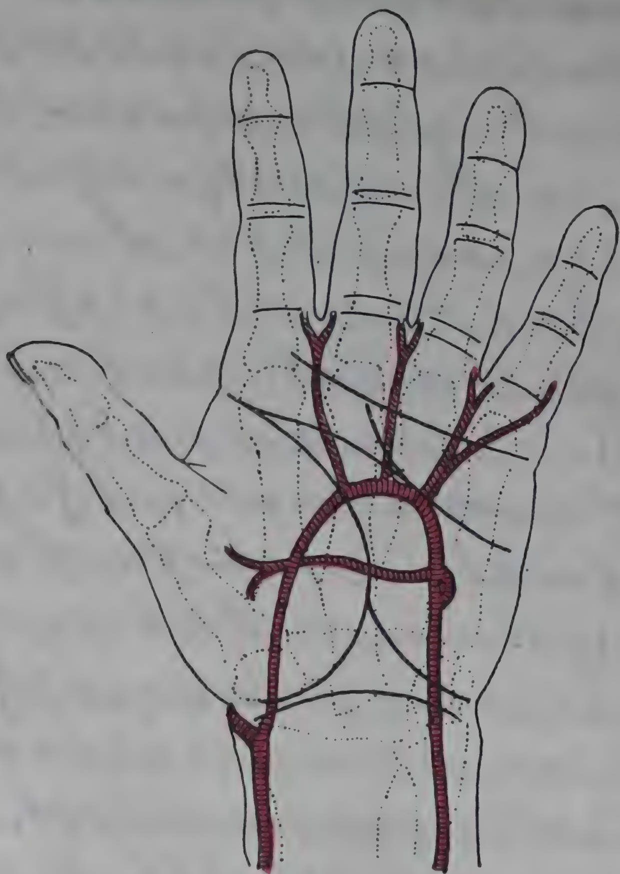
کعبری رسغی جوڑ (پوہنچے کا جوڑ)

۔زند کے زائدہ ابریہ کی نوک پوہنچے کے جوڑ کے خط کی متناظر ہوتی ہے اور اگر اس مقام کے نیچے چاقو داخل کیا جائے تو یہ اس مفصل میں داخل ہو جائے گا۔ اگر کعبرہ کے زائدہ ابریہ کی عین بعدی طرف پر چاقو افقی سمت میں داخل کیا جائے تو وہ سفینیہ (scaphoid) سے ٹکرائے گا۔ اگر دونوں زوائد ابریہ کے درمیان خط کھینچا جائے تو وہ نیچے کی اور باہر کی طرف کو مائل ہوگا اور اسکے دونوں سرے کعبری رسغی جوڑ کے انتہائی تحتانی حدود کو ظاہر کرینگے اور ایک کافی حد تک اس قوس کے وتر کے متناظر ہونگے جو اس جوڑ کے خط سے بنتی ہے۔ زوائد ابریہ کا درمیانی خط پوہنچے کی محراب کی چوٹی سے نصف انچ پرے ہوگا۔

پونچے کی کفی جانب کی جلد میں بہت سے شکن ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعدی نمایاں ترین ہوتا ہے۔ یہ نیچے کی طرف کو ذرا محدب ہوتا ہے اور عظم کبیر (os magnum) (عظم تارکی: capitate bone) کی گردن کو تیسری بعد رسغی ہڈی کے خط میں ٹھیک ٹھیک کاٹتا ہوا گزرتا ہے (ٹلّو: Tillaux)، اور پونچے کے جوڑ کی محراب کی بعدی جانب پر یہ ۳/۴ انچ سے ذرا کم فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ رسغی بعد رسغی جوڑ سے یہ تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر قربی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے، اور مستعرض رسغی (مقدم حلقہ نما) رباط کو یہ ایک کافی صحیح حد تک ظاہر کرتا ہے (شکل ۸۷، صفحہ 347)۔

ہاتھ کی کفی سطح — ہتھیلی اپنے وسط میں جہاں جلد کفی صفاق سے منضم ہوتی ہے مقعر ہوتی ہے۔ "وہ ہتھیلی کے اس گڑھے" کا خاکہ تقریباً مثلث نما ہوتا ہے، اور اسکا راس باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اسکی ایک طرف فراز ابہام اور ایک طرف فراز خنصر ہوتا ہے۔
قبل الذکر ارتفاع کے قربی سرے پر کعبری زائدہ ابریہ کی بُعدی اور وسطانی جانب پر ایک عظمی مرتبہ محسوس کیا جا سکتا ہے، جو سفینیہ (scaphoid) کے درنہ اور عظم منحرف (trapezium (کبیر الزوایا اکبر: multiangulum majus) کے اوپر کے حید سے بنتا ہے (شکل ۷۸)۔ ہڈی کے ان دونوں زائدوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ معلوم نہیں ہو سکتا۔ فراز خنصر کے قربی 337
سرے پر عظم مثنگہ (pisiform bone) کا مرتبہ ہوتا ہے اور اسکے عین نیچے کلاب نما ہڈی (unciform) (خطافی: hamate) زائدہ شناخت کیا جا سکتا ہے۔ ہتھیلی کے گڑھے کی بُعدی جانب پر اور چاروں انگلیوں کی درمیانی گھائیوں کے مقابل تین چھوٹے چھوٹے ارتفاعات دیکھنے میں آتے ہیں خاصکر جبکہ قربی سلامیات بسط کردگی کی حالت میں ہوں اور وسطی اور بعدی سلامیات خم کردہ ہوں۔ یہ اوتار قابضہ کے درمیان کی شحمی بافت اور کفی صفاق کی اصبعی دھجیوں کے متناظر ہوتے ہیں اور جو میزاب ان ارتفاعات کو علیحدہ کرتے ہیں وہ انہی دھجیوں کے متناظر ہوتے ہیں۔
جب ہاتھ بند کیا جاتا ہے تو ہتھیلی میں بعض خاص جھریاں یا شکن نمودار ہو جاتے ہیں۔
بسط کردہ ہاتھ کی ہتھیلی میں یہ جھریاں لکیروں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں بیکار لوگوں نے خوش اعتقاد اشخاص سے انکی بدولت بہت بیجا فائدہ اٹھایا ہے۔ لیکن جراح کے لئے یہ گہری ساختوں کے لئے صرف سطحی رہنماؤں کا کام دیتی ہیں۔ انمیں سے دو جھریوں — قربی مستعرض اور بُعدی مستعرض —

کا رخ مستعرض ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۴۷) جب انگلیوں کو ہتھیلی پر خم کیا جاتا ہے تو یہ دونوں جھریاں شکنوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ دو ترچھے شکن کعبری ترچھا اور زندی ترچھا (جو اکثر



شکل ۳۴۷۔ ہتھیلی کے سطحی نشانات۔

موٹے سیاہ خطوط ہتھیلی کے خطوط کو ظاہر کرتے ہیں۔ کعبری اور زندی شریانوں کا اختتام دکھایا گیا ہے، جو سطحی اور عمیق راحی محرابوں پر ہوتا ہے۔

متوقف ہوتے ہیں) اسوقت نمایاں ہوتے ہیں جبکہ انگوٹھا انگلیوں کے مقابل لایا جائے یا انکی طرف خم کیا جائے۔ قریبی مستعرض شکن ہتھیلی کے وسط کو عبور کرتا ہوا سطحی کفی محراب کے انحداب کی نشاندہی کرتا ہے۔ بعدی مستعرض شکن پانچویں، چوتھی، اور تیسری بعدرسغی ہڈیوں کی گردنوں پر سے گزرتا ہے اور ہاتھ کی زندی طرف کے تین اصابع کے زلالی غلافوں کی ابتدا کو

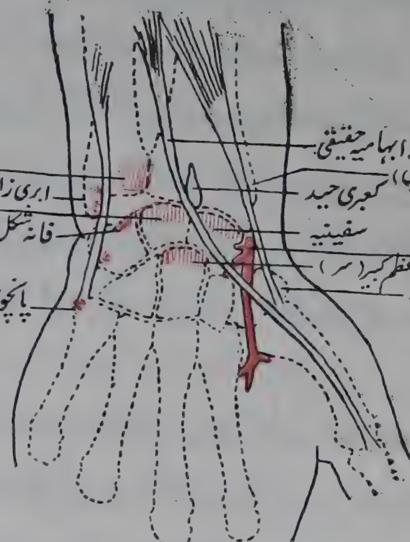
کسی حد تک ظاہر کرتا ہے۔ بعدی مستعرض خط کے تناظر لیول پر کفّی صفاق (palmar aponeurosis) (ردا: fascia) چار دھجیوں میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس شکن اور انگلیوں کی درمیانی جلد کے عین درمیان بعد رسغی سلامی (metacarpo-phalangeal) جوڑ واقع ہوتے ہیں۔ انگلیوں کی قابض طرف پر جو تین مستعرض خط ہوتے ہیں انہیں سے قربی بعد رسغی سلامی جوڑ سے $\frac{3}{4}$ انچ آگے (بعدی جانب کی طرف) واقع ہوتا ہے۔ انگشت اشاریہ اور چھنگلی پر کا یہ خط مفرد ہوتا ہے لیکن وسطی اور بنصر پر کا دُہرا ہوتا ہے۔ انگلیوں کے وسطی اور بعدی خط میان سلامی شکن ہیں۔ سب انگلیوں کے وسطی خطوط دہرے ہوتے ہیں اور قربی میان سلامی جوڑوں کے عین بالمقابل واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۴)۔ بعدی شکن مجرد ہوتے ہیں اور تناظر جوڑوں کی ذرا بعدی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ انگوٹھے پر دو مجرد لکیریں ہوتی ہیں، جو دونوں جوڑوں کی تناظر ہوتی ہیں۔ قربی لکیر بعد رسغی سلامی جوڑ پر سے ترچھے رخ میں گزرتی ہے۔ 339

سطحی راحی محراب (superficial volar arch) ہتھیلی پر سے ایک خمیدہ خط کھینچنے سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو عظم مشنگہ سے شروع کر کے انگوٹھے کے کفی کنارہ کی سیدھ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے جبکہ انگوٹھا انگشت اشاریہ سے زاویہ قائمہ پر باہر کیطرف کو تنا ہو۔ **عمیق محراب** سطحی کی نسبت پونہچے سے $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ زیادہ قریب ہوتی ہے، اور اس کے محل کی نشاندہی اس خط سے کیجاتی ہے جو پانچویں بعد رسغی ہڈی کے قاعدہ سے لیکر دوسری بعد رسغی ہڈی کے قاعدہ تک کھینچا جائے اور یہ دونوں مقامات باآسانی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ راحی اصبعی شریانیں انگلیوں کی گھائیوں کی قربی جانب پر ان سے $\frac{1}{2}$ انچ کے فاصلہ پر دو دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں۔

ہاتھ کی ظہری سطح

ہاتھ کی ظہری سطح۔ جب انگوٹھا بسط کردگی کی حالت میں ہو تو ہتھیلی کی کعبری جانب پر عضلہ مبعّدہ ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ طویلہ (extensor longus pollicis) کے درمیان ایک گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ فرانسیسی مصنفین نے اس گڑھے کو "تشریحی مسعط" (tabatieré anatomique) کے نام سے موسوم کیا ہے (شکل ۷۵)۔ کعبری شریان اس گڑھے کو عبور کرتی ہے اور مذکورہ بالا اوتار کے نیچے ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ گہری

واقع ہوتی ہے اور کعبری رسغی جوڑ کے خارجی جانبی رباط پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ سفینیہ (scaphoid) اور عظم منحرفہ (trapezium) کے اوپر سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور 340
انجام کار پہلی بین العظامی فضا میں سے پہلے بین العظامی عضلہ کے سروں کے درمیان سے گزر کر



شکل ۷۵۔ پونہچے کی ظہری جانب کے اہم سطحی نشانات۔

عضلہ باسطہ ابہامیہ حقیقی (ext. prop. poll) = عضلہ باسطہ ابہامیہ طویلہ (ext. long. poll.)۔ عظم زورقی (navicular) = سفینیہ (scaphoid)۔ عظم کبیر (os magnum) = عظم تارکی (os capitatum)۔ عظم نیم قمری (semi-lunar) = عظم قمری (os lunatum)۔ فانہ شکل ہڈی (cuneiform) = عظم مثلثۃ الزوایا (os triquetrum)۔

عمیق کفی محراب کی تکوین میں بیشتر حصہ لینے کے لئے آگے کی طرف کو نکل جاتی ہے۔ جلد کے نیچے اس فضا پر بالعموم ایک بڑی ورید دکھائی دیتی ہے۔ یہ انگوٹھے کی قیفالی (cephalic) ورید ہے۔ مزید برآں جلدی کعبری عصب (cutaneous radial nerve) کی انتہائی شاخ کی جانبی قسمت بھی اس فضا کو عبور کرتی ہے۔ "ناس دانی" (snuffbox) کے فرش پر عظم سفینیہ اور عظم منحرفہ واقع ہوتی ہیں۔ عضلہ باسطہ ابہامیہ طویلہ (extensor longus pollicis) پہلی بین العظامی

فضا کے راس کو عبور کرتا ہے۔ انگوٹھے کی سمسانی ہڈیاں اور نیز عظم منحرفہ اور پہلی پس رسغی ہڈی کے درمیان کا جوڑ بخوبی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ موخر الذکر مفصل ناس دانی کے فرش پر واقع ہوتا ہے۔

ہاتھ کی پشت پر مختلف اوتار اور اوپری وریدیں صاف صاف شناخت کی جا سکتی ہیں۔ پہلی اور دوسری بعد رسغی ہڈیوں کے درمیان پہلا ظہری بین العظامی (dorsal inteross eous) عضلہ ہوتا ہے اور جب انگوٹھا انگشت اشاریہ کے ساتھ دبا کر ملا دیا جاتا تو یہ ایک نمایاں فراز کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ انگلیوں کی گانٹھوں کی تینوں قطاریں مختلف جوڑوں کی قربی ہڈیوں سے بنتی ہیں مگر یہ جوڑوں کے خطوں کی متناظر نہیں ہوتیں، جو $\frac{1}{4}$ انچ زیادہ نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اگر یہ امر فراموش کر دیا جائے تو بعد رسغی سلامی جوڑ پر بتر کرتے وقت پوشش ناکافی رہ جاتی ہے۔ انگلی کے تینوں جوڑ اپنی متناظر گانٹھوں سے فرداً فرداً $\frac{1}{2}$ و $\frac{1}{6}$ و $\frac{1}{12}$ انچ نیچے ہوتے ہیں (جیکبسن 841
(Jacobson:)۔

ہتھیلی اور انگلیوں کے سامنے کی طرف کی **جلد** موٹی اور کثیف ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت کی جلد بہت باریک ہوتی ہے۔ ہتھیلی اور انگلیوں کی سامنے کی اور جانبی اطراف اور اخیر کے سلامیات کی ظہری جانب پر بال اور دہنی غدد قطعاً موجود نہیں ہوتے۔ لہٰذا یہ حصے ان امراض سے مبرا ہیں جو شعری جرابوں اور ان کے زوائد پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ہاتھ کی اور سلامیات کی قربی اور وسطی قطاروں کی پشت پر بہت سے بال اور دہنی جرابات پائے جاتے ہیں۔ **غدد عرقیہ** کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہتھیلی کی جلد میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ سیپی (Sappey) کے مطابق انکی تعداد دوسرے حصوں کے غدد کی نسبت چار گنا ہوتی ہے۔ کراس (Krause) نے اندازہ لگایا ہے کہ ہتھیلی کے ایک مربع انچ پر ۲۸۰۰ غدد عرقیہ کھلتے ہیں۔ ہاتھ کی پشت پر اس تعداد کا تقریباً نصف پایا جاتا ہے۔

ہاتھ کی جلدی عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے اور پاسینی کے اجسام (Pacinian bodies) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہاتھ میں کہیں زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ لمسی حساسیت سوائے زبان کی نوک کے جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ حساس ترین حصہ انگشت اشاریہ کے بعدی یا ناخنی سلامیہ کی کفی سطح ہوتی ہے، اور ہاتھ کی پشت لمسی اثرات کے لئے سب سے کم حساس ہوتی ہے۔ انگلیوں کے سرے حس لمس کے لئے کلائی کے وسطی حصہ کی

جلد کی نسبت۔ جو لمسی اثرات کے لئے جلد کے سب سے کم حساس حصوں میں سے ہے تیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں۔

ہاتھ کی سامنے کی طرف کی اور خاصکر ہتھیلی کی **زیر جلدی بافت** قلیل المقدار اور کثیف ہوتی ہے اور یہ چاندلی کی زیر جلدی بافت سے ان امور میں کسیقدر مشابہ ہوتی ہے کہ جلد اس سے قریبی طور پر منضم ہوتی ہے، اور جو چربی اسمیں موجود ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے لختکوں میں جو حفریزوں میں واقع ہوتے ہیں مرتب ہوتی ہے۔ جلد جلدی رباطات سے ہتھیلی اور
342 انگلیوں کی لکیروں پر بستہ ہوتی ہے۔ ظہر کی جلدی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور جلد سے
اسکا بہت کمزور تعلق ہوتا ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر تہیج اور خون کی زیر جلدی وعا بدریوں کا پیدا ہونا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر ظہر پر یہ وسیع ہوتی ہیں ہتھیلی کی جلد کی کثافت کی وجہ سے اسکا التہاب نہایت درد خیز ہوتا ہے۔ مگر ظہر کی ڈھیلی ڈھالی بافتوں کا التہاب بعض اوقات زیادہ درد پیدا کرنے کے بغیر ہی کسی حد تک ترقی کر جاتا ہے۔

ہتھیلی میں دباؤ اور رگڑ کے اثرات کا مقابلہ کرنے کے لئے بخوبی موافقت پائی جاتی ہے بشرہ موٹا ہوتا ہے اور جلد منضم ہوتی ہے اور اسکے عین نیچے کثیف کفی صفاق واقع ہوتا ہے جو کفی اعصاب اور بڑے بڑے عروق کی کافی حد تک حفاظت کرتا ہے اور یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ہاتھ کا اگلا حصہ اور خاصکر ہتھیلی سطحی وریدوں سے خاص طور پر مبرا ہوتی ہے۔ ہاتھ سے جو خون واپس جاتا ہے اسکا بیشتر حصہ حقیقۃً انگلیوں اور ہاتھ کی ظہری جانب پر کی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔ اسی طرح ہتھیلی کے عروق لمف جن سے ایک کثیر العروق زیر جلدی ضفیرہ طیار ہوتا ہے ہاتھ کی پشت پر کے بڑے بڑے درآر عروق لمف سے ملتے ہیں۔

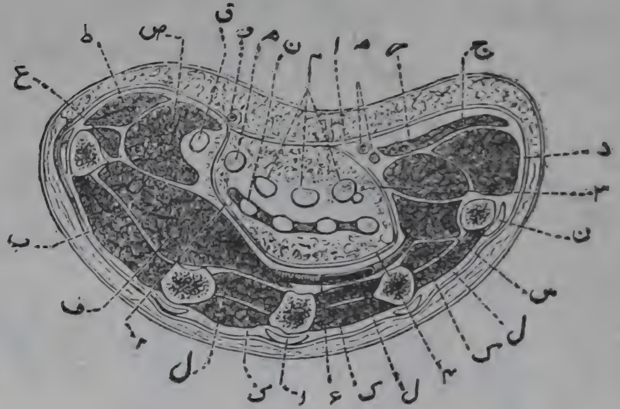
ناخن کی شکل مختلف افراد میں کسیقدر مختلف ہوتی ہے اور بعض بعض امراض میں بھی متغیر ہوجاتی ہے۔ بقراطی ہاتھ (Hippocratic hand) وہ ہاتھ ہوتا ہے جسمیں انگلیوں کے سرے گرز شکل ہوتے ہیں اور ناخن بہت خمیدہ ہوتے ہیں۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے یہ حالت وریدی خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہونے اور خون کی ناقص آکسیجن رسی (oxygenation) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ اکثر خلقی عارضۂ قلب، دق، دبیلہ (empyema) اور پھیپھڑوں کے دوسرے مزمن عوارض اور بعض صدری انور سماؤں میں پائی جاتی ہے۔ التہاب کی بہت سی قسمیں ہیں جو

ناخن کے قالب (matrix) اور اسکے اردگرد کے متصلہ نرم حصوں پر اثر انداز ہوتی ہیں (ناخن کی گدی کا التہاب: onychia اور داحس: paronychia)۔ اس قسم کے التہابات اس ساخت کی بدشکلی کا باعث ہوتے ہیں۔ جب کوئی ناخن تقیح یا چوٹ سے گرجاتا ہے تو نیا ناخن پیدا ہو جاتا ہے بشرطیکہ کچھ عمیق سرحلی خلیات باقی رہ گئے ہوں۔ مرض کے بعد کے زمانۂ نقیہیت میں
ناخنوں پر ایک مستعرض میزاب پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ میزاب ناخن کے اس حصہ کو ظاہر کرتا ہے جو 343
دوران مرض میں بنا تھا اور اس کا خیال رکھنے سے ناخن کی رفتارِ بالیدگی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے۔ ناخن فی ہفتہ $\frac{1}{32}$ انچ کی اوسط رفتار سے بڑھتا ہے، اور اگر ہاتھ کی حرکت جبیروں سے روک دیجائے تو ناخن کی بالیدگی کم ہو جاتی ہے (ہیڈ: Head)۔ ہر ایک اصبعی عصب سے ایک خاص عظیم الجسامۃ شاخ ناخن کے نیچے کے لُباب کو جاتی ہے اور اس کثیر عصبی رسد اور اس حصہ میں پھیلنے کی قابلیت موجود نہ ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو ناخن کے نیچے کسی جسم غریب کے گھسنے سے پیدا ہوتا ہے۔

کفّی ردا (palmar fascia) یا صفاق (aponeurosis)

ہتھیلی کی جلد کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ اسکی کثافت اور اسکا کڑاپن اور اعصاب اور عروق کی عدم موجودگی اس میں دباؤ برداشت کرنے اور ماتحت ساختوں کی حفاظت کرنے کی صلاحیت پیدا کرتی ہے، اور اسکے ملائم ہونے سے حرکت آزادانہ طور پر واقع ہوتی ہے۔ یہ تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ ایک جانبی، اور ایک وسطانی جو علی الترتیب فراز ابہام اور فراز خنصر کا غلاف ہوتے ہیں (شکل ۷۶)، اور ایک وسطی جو زیادہ بڑا ہوتا ہے اور ہتھیلی کے زیادہ تر حصہ کی پوشش ہوتا ہے اور اس سے ہر ایک انگلی کو دھجیاں جاتی ہیں۔ ہر ایک دھجی سے ریشے نکلکر اوتار کے اصبعی غلافوں جلد اور مستعرض رباط سے جاملتے ہیں (نیز دیکھو صفحہ 337)۔ جو مرض **ڈوپیٹرین کے انقباض** (Dupuytren's contraction) کے نام سے موسوم ہے اس میں کفّی ردا کا وسطی حصہ اور خاصکر اصبعی دھجیاں منقبض ہو جاتی ہیں۔ بنصر اور خنصر میں انقباض خصوصیت کے ساتھ اور سب سے پہلے نمودار ہوتا ہے۔ قربی سلامیہ ہتھیلی کی طرف کھچا ہوتا ہے، اور اسکے بعد دوسرا سلامیہ خمیدہ ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات اسکی خم کردگی اس حد تک پہنچ جاتی ہے کہ قربی میان سلامی جوڑ میں

تجربہ سے یہ ظاہر ہے کہ اس رداکو کھینچنے سے خلع واقع ہوجاتا ہے (ہچنسن: Hutchinson)۔ قربی سلامیہ کو آسانی سے خمیدہ کیا جاسکتا ہے اور وسطی سلامیہ کی خم کردگی بھی کیجاسکتی ہے
344 مگر اتنی آسانی سے نہیں۔ (کفی ردا کا درمیانی حصہ عضلہ راحیہ طویلہ: palmaris longus)



شکل ۷۶۔ فرازاتِ ابہام وخنصر کے وسط میں سے ہاتھ کی افقی تراش۔
(ٹلو: Tillaux)

ا۔ بعد رسغی ہڈی۔ ب۔ پہلا ظہری بین العظامی۔ ج۔ عضلہ راحیہ قصیرہ۔ د۔ عضلہ مبعدہ خنصریہ۔ ہ۔ عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ۔ س۔ عضلہ مقابلہ خنصریہ۔ ص۔ عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ۔ ط۔ عضلہ مبعدہ ابہامیہ قصیرہ۔ ع۔ عضلہ مقابلہ ابہامیہ۔ ف۔ عضلہ مقربہ ابہامیہ۔ ق۔ عضلہ قابضہ ابہامیہ طویلہ۔ ک۔ ظہری بین العظامی عضلات۔ ل۔ راحی بین العظامی عضلات۔ م۔ عضلہ قابضہ سطحیہ۔ ن۔ عضلہ قابضہ عمقیہ۔ و۔ سطحی راحی شاخ (شریان)۔ ۵۔ عصب وسطی اور (اسکے اندر کی طرف) زندی شریان اور عصب۔ ۶۔ عمیق راحی محراب۔ ۱۔ کفی ردا۔ ۲۔ بیرونی فاصل۔ ۳۔ اندرونی فاصل۔ ۴۔ ہتھیلی کی عمیق ردا۔

کے وتر کو ظاہر کرتا ہے)۔ اس مرض میں جلد کی طبعی چپیدگیاں جو ماتحت رداکے ساتھ ہوتی ہیں حد سے زیادہ تنیدہ ہوجاتی ہیں اور جلد میں نقریّت (dimpling) ظاہر ہوجاتی ہے۔

جو کہفہ کفی رداکے درمیانی حصہ کے نیچے موجود ہوتا ہے وہ جانبین پر بند ہوتا ہے مگر نیچے اور اوپر کی طرف کھلا ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف ایک آزاد فتحہ موجود ہوتا ہے جو حلقہ نمار باط کے نیچے

پایا جاتا ہے اور قابض اوتار کے ساتھ ساتھ کلائی میں چلا جاتا ہے، اور نیچے کی طرف سات راستے ہوتے ہیں جو کفی ردا کے انقسام سے بنے ہوتے ہیں۔ ان سات راستوں میں سے چار مختلف انگلیوں کی جڑ پر واقع ہوتے ہیں، اور انمیں سے قابض اوتار گزرتے ہیں۔ اور بقیہ تین انگلیوں کی درمیانی جلد کے متناظر ہوتے ہیں، اور انمیں سے عضلات قطنیہ (lumbricales) اور اصبعی عروق اور اعصاب گزرتے ہیں۔ لہذا جب ہتھیلی میں کفی ردا کے نیچے پیپ بنتی ہے تو یہ کثیف غشا میں سے آگے کی طرف نہیں آسکتی بلکہ یا تو انگلیوں کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے اور یا اوپر کی طرف پونہچے میں چلی جاتی ہے۔ کفی ردا اسقدر سخت مزاحمت پیش کرتی ہے کہ محبوس پیپ اپنا راستہ بین العظامی فضاؤں میں سے بنا لیتی ہے اور ہتھیلی کے غلافوں میں سے نکلنے کی بجائے ہاتھ کی پشت پر نکل آتی ہے۔

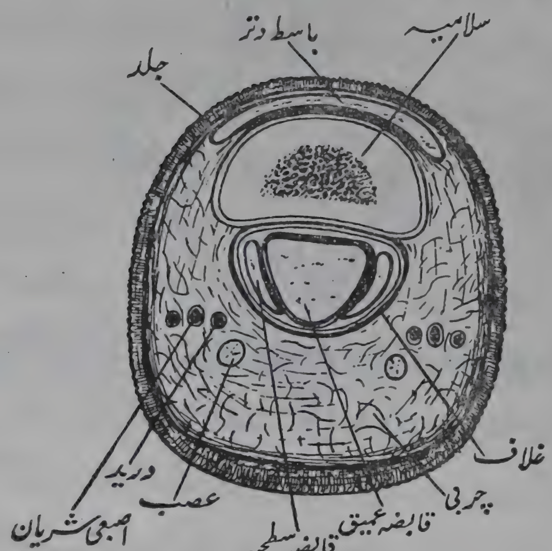
کفی خراج کھولتے وقت جبکہ اسکا منہ پونہچے سے اوپر بنا ہوا ہو، شگاف 345

پیش بازو کے طویل محور میں دینا چاہیئے، اور یہ مستعرض رسغی (مقدم حلقہ نما) رباط سے اوپر ہونا چاہیئے، اور شگاف عضلہ راحیہ طویلہ کی اندر کی طرف دینا نہایت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس مقام پر شگاف دینے سے زندی اور کعبری شریانیں اور نیز وسطی عصب بھی محفوظ رہتا ہے۔

پونہچے کے اوپر کے رباطات **مستعرض رسغی** اور **ظہری رسغی (حلقہ نما)** رباطات سے بستہ ہوتے ہیں، اور انہی سے اپنی اپنی جگہ پر قائم رہتے ہیں۔ مستعرض رسغی رباط اس قدر کثیف ہوتا ہے کہ ہتھیلی کے وسیع خراجات میں بھی جو پیش بازو تک پہنچ گئے ہوں، اور اسکے نیچے کے وتری زلابی غلافوں کے شدید تمدد میں بھی یہ راستہ نہیں دیتا۔ ظہری رسغی رباط کا نیچے کا کنارہ مستعرض رسغی رباط کی اوپر کی کور کا متناظر ہوتا ہے۔

قابض اوتار کے **لیفی غلاف** بعد رسغی سلامی جوڑوں سے لیکر بُعدی سلامیات کے قربی سروں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا بُعدی یا ناخنی سلامیہ کا لباب (pulp) بالکل گرد عظمہ پر ہی متمکن ہوتا ہے۔ انگلیوں کے جوڑوں کے مقابل پر یہ غلاف ڈھیلے ڈھالے اور جانبین پر باریک ہوتے ہیں اور بعض اوقات غلافوں کے تصلیبی ریشوں کے درمیان ایسی فضائیں رہ جاتی ہیں

جن میں سے زلالی غشا جو غلافوں کا استر ہوتی ہے بروز کر آتی ہے ۔ یہی وہ مقام ہے جہاں پر پیپ کے اس غلاف میں سے نکل آنے کا امکان ہوتا ہے ۔ باقی مقامات پر غلاف کثیف اور استوار ہوتے ہیں اور کاٹنے پر بالکل کھلے رہتے ہیں (شکل ۷۷) ۔ چنانچہ غلاف کو کاٹنے کے بعد جیسا کہ بتر میں 346
کیا جاتا ہے ایک کھلا مجریٰ باقی رہ جاتا ہے جو ہتھیلی کے اندر تک جاتا ہے اور اگر عملیہ براۂت کے

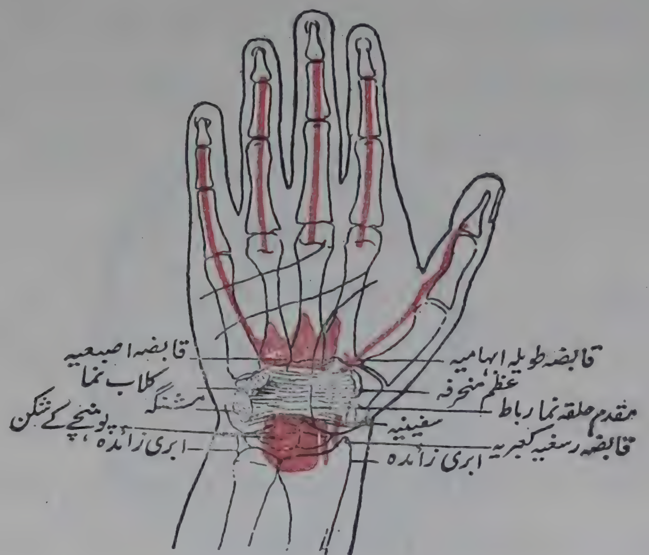


شکل ۷۷ ۔ پہلے سلامیہ کے وسط پر سے افقی تراشس ۔
(ٹلو : Tillaux کے مطابق)

حادورجہ میں کیا جائے تو یہ پیپ کے اس حصہ تک منتشر ہونے کو نہایت آسان بنا دیتا ہے ۔ اوتار سے یعنی غلاف بالکل پُر ہوتے ہیں ۔ جہاں وتر غلاف میں داخل ہوتا ہے وہاں وتر پر کسی عقدہ نما بالید کے پیدا ہونے یا غلاف کی تنگی اور وتر کی عدم یکسانیت موجود ہونے سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو "انگشت گرفتگی" (snap finger) یا "لبلبی انگلی" (trigger finger) کے نام سے موسوم ہے ۔ ایسی انگلی کی حسب مرضی بسط کردگی نہیں کیجا سکتی ہے لیکن جب اسکو ہاتھ سے ذرا پیچھے کی طرف ہٹایا جاتا ہے تو یہ "جیبی چاقو کے پھل کی طرح کھٹ کی آواز سے اپنی جگہ پر آجاتی ہے"

(ایبے: Abbe)۔

چھنگلی کا "خلقی انقباض" خفیف سی مقدار میں خاصکر لڑکیوں میں بہت عام ہوتا ہے۔
نمایاں واقعات میں قربی سلامیہ بیش بسط کردہ ہوتا ہے اور درمیانی خم کردہ ہوتا ہے۔ اسی قسم کے
واقعہ میں لاک وڈ (Lockwood) نے یہ دریافت کیا تھا کہ یہ حالت جوڑ کے سامنے کے لیفی غلاف 347



شکل ۷۸۔ پونہچے کا مقدم حلقہ نما رباط اور پونہچے اور ہاتھ کے زلابی غلاف۔ ہاتھ کی
لکیریں سیاہ خطوں سے ظاہر کیگئی ہیں۔ زلابی غلاف سرخ دکھائے گئے ہیں۔
مقدم حلقہ نما رباط = مستعرض رسغی۔ کلاب نما (unciform) = عظم خطافی
(os hamatum)

کے انقباض سے پیدا ہوئی تھی۔ داحس کے بعد انگلی میں جو انقباض واقع ہوتا ہے وہ اوتار کے
اپنے اپنے غلافوں سے منضم ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

زلابی تاچہ جات اور غلاف مستعرض رسغی رباط کے نیچے اوتار قابضہ کے لئے
دو زلابی تاچے ہوتے ہیں۔ انمیں سے ایک عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ (flexor longus pollicis)
کے لئے ہوتا ہے اور دوسرا عضلات قابضہ سطحیہ اور عمقیہ کے لئے (شکل ۷۸) قبل الذکر بیش بازو میں

اس رباط سے ۱½ انچ اوپر تک جاتا ہے اور اسکے وتر کے ساتھ ساتھ عضلہ کے منتہی تک پہنچ جاتا ہے جو انگوٹھے کے آخری سلامیہ پر ہوتا ہے۔ موخرالذکر مستعرض رباط سے ۱½ انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے، اور چاروں انگلیوں کے عطفات میں آکر ختم ہوتا ہے۔ چھنگلی کے لئے جو زائدہ ہوتا ہے وہ بالعموم عضلہ قابضہ عمقیہ کے منتہی تک جاتا ہے جو ناخنی سلامیہ پر ہوتا ہے۔ بقیہ تین عطفات متناظر بعد رسغی ہڈیوں کے تقریباً بالنصف پر جاکر ختم ہوجاتے ہیں۔ انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور بنصر کے اوتار کے اصبعی حصہ کے جو زلالی غلاف ہوتے ہیں وہ اوپر کی طرف بعد رسغی ہڈیوں پر جاکر
ختم ہوتے ہیں۔ چنانچہ یہ عظیم زلالی تاچہ سے جو مستعرض رسغی رباط کے نیچے ہوتا ہے تقریباً 348
¼ تا ½ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ لہذا انگوٹھے اور چھنگلی کے سروں سے ایک کھلا مجری شروع ہوکر کلائی میں پہنچے سے ۱½ انچ اوپر تک جاتا ہے۔ اس ترتیب سے اس مشہور و معروف امر کی توضیح ہوتی ہے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے خراجوں سے کلائی کے خراج پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر بقیہ انگلیوں میں تقیح واقع ہونے کے بعد ایسی پیچیدگی عام طور پر پیدا نہیں ہوتی۔ جہاں عضلات قابضہ کا زلالی تاچہ سخت اور کڑے مستعرض رسغی رباط کے نیچے سے گزرتا ہے وہاں یہ تنگ ہوجاتا ہے، اور اس لئے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ جب یہ تاچہ سیال یا پیپ سے متسع ہوجاتا ہے تو اسکا خاکہ شیشۂ ساعت (hour-glass) کے خاکہ کی طرح کا ہوتا ہے اور شیشۂ ساعت کی کمر اس رباط کی متناظر ہوتی ہے۔ اس رباط کے نیچے کے دونوں زلالی تاچے بعض اوقات ایک دوسرے سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) کا وتر مستعرض رسغی رباط کے منتہی کو جو عظم منحرفہ (trapezium) پر پایا جاتا ہے منثقب کرتا ہے اسکے ارد گرد ایک زلالی غلاف پایا جاتا ہے (شکل ۷۸)۔

داحس

داحس (whitlow) کی غلافی قسم میں جس میں پیپ انگلیوں کے وتروں کے زلالی غلافوں میں موجود ہوتی ہے، انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور بنصر کے ماؤف ہونے کی حالت میں تقیح اکثر اختتام غلاف پر دفعتہً ختم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یعنی متناظر بعد رسغی ہڈیوں کی گردن کے بالمقابل۔ داحس کی ایک اور قسم (انگلی کے سرے کے لباب کا خراج) میں تیسرے سلامیہ کا گرد عظمہ بآسانی متاثر ہوجاتا ہے کیونکہ اس ہڈی پر کوئی حائل وتری غلاف موجود نہیں ہوتا ہے۔ اس عارضہ میں ہڈی اکثر متنخر ہوجاتی ہے اور باہر نکل آتی ہے۔ لیکن

تمام سلامیہ شاذونادر ہی تباہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے قاعدہ کے اوپر کا حصہ بالعموم صحیح وسالم رہتا ہے، اور یہ غالباً عضلہ قابضہ عمقیہ کے منتہی کی وجہ سے محفوظ رہتا ہے۔ اس ہڈی کا قاعدہ ایک بربالہ ہوتا ہے جو پوری سے اٹھارویں یا بیسویں سال تک متحد نہیں ہوتا۔

داحسوں کے کھولنے کا طریقہ

تشریحی نقطہ نگاہ سے اسقدر اہم ہے کہ اسکا ذکر کر دینا یہاں مناسب ہوگا۔ زیر بشری اور زیر جلدی قسم میں جو انگلی کی گدیوں میں اوتار کی چپسیدگیوں سے آگے واقع ہوتی ہے کوئی خاص تشریحی خطرہ نہیں ہوتا۔ لیکن زیر ناخنی اور غلافی قسموں میں دقتیں پیش آتی ہیں۔ جب ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو جائے تو صرف ناخن کا دور کر دینا ہی عموماً کافی نہیں ہوتا، بلکہ جلد کے وی (V) کی شکل کا حصہ جو ناخن کے قاعدہ کے اوپر لٹک رہا ہو کاٹ دینا یا اسکے ایک ذوار بعتہ الاضلاع رقبہ کو اوپر کی طرف کو الٹا دینا مناسب ہوتا ہے تاکہ نشست گاہ ناخن معرا ہو جائے اور اسکی سیلیت ہو سکے۔ اگر پیپ غلاف میں ہو تو ہر ایک سلامیہ کی جانبوں پر اچھی طرح شگاف دینا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ سلامی غلاف اطراف پر ہی کمزور ترین ہوتا ہے، اور یہاں ہی سے پیپ کے اس کو پھاڑ کر نکل آنیکا امکان ہوتا ہے۔ اگر مناسب ہو تو ایسے شگافوں کو ترجیح دینا چاہیئے جو جوڑوں کے بالمقابل متوقف ہوں، کیونکہ میان سلامی اور بعد رسغی سلامی جوڑوں کے بالمقابل بافتوں کو کاٹنے سے احتراز کرنے سے وتر کا میکانیتی سہارا برقرار رہتا ہے، اور جو خمیدگی اور فقدان قوت دوسری حالت میں نمودار ہو سکتا ہے وہ ظاہر نہیں ہوتا۔ جب پیپ کفّی تاچہ میں ہوتی ہے تو شگاف ماؤف وتر کے خط پر دینے چاہیئں لیکن اس امر کا لحاظ ضرور رکھنا چاہیئے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے غلافوں کو سرائت زدہ نہ کیا جائے۔ 349

جب پیپ حلقہ نمار باط کے نیچے سے پھیل کر کلائی کے نیچے کے $1\frac{1}{2}$ انچ کے حصہ میں جاتی ہے تو یہ عضلہ کابہ مربعہ (pronator quadratus) اور عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے درمیان کے لیول پر سے گزرتی ہے، اسلئے شگاف کعبری اور زندی حاشیوں پر دینے چاہیئں تاکہ وتروں اور وسطی عصب کو نقصان پہنچائے بغیر اوپر اٹھا کر قبیحی اجتماع تک رسائی کی جا سکے۔

وتر تاچہ میں آزاد نہیں ہوتے بلکہ زلالی غشا کے شکنوں سے اس سے بستہ ہوتے ہیں۔

شدید موچوں میں یہ بعض اوقات ٹوٹ جاتے ہیں اور اوتار کے مغذی عروق بھی جو انمیں واقع ہوتے ہیں منشق ہو جاتے ہیں۔ ایسے انشقاق کے بعد تاچہ میں انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ اصبعی غلافوں میں یہ شکن تقریباً غائب ہوتے ہیں' اور رباط طویل (ligamenta longa) اور رباط قصیر (ligamenta breva) جو ذرا ذرا سے ہوتے ہیں وتروں کے سلامی منتہاؤں کے قریب انکے واحد قائم مقام ہوتے ہیں۔ زلابی تاچوں کا استر فلسمانی مرحلہ کا ہوتا ہے' اور اس حصہ کے
350
عروق لمف سے اسکا نہایت آزادانہ راہ و ربط ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس قسم کے کہفوں سے سرائتی مادہ بہت جلد جذب ہوتا ہے' اور نیز التہابی اعمال اسی لئے غلافوں کے ساتھ ساتھ باسانی پھیل سکتے ہیں' اور اس سے انکے اور انکے اندر کے وتروں کے درمیان انضمامات طیار ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے انضمامات کے بننے اور تعضیہ یافتہ ہونے سے وتر مثبت ہو جاتے ہیں' اور انگلیاں اکڑ جاتی ہیں اور بیکار ہو جاتی ہیں۔ التہاب کے رفع ہو جانے کے جلد بعد صرف پونہچے اور انگلیوں کی فاعلی اور انفعالی حرکتیں شروع کرنے ہی سے غلافوں اور وتروں کے درمیان انضمامات پیدا ہونے کا سدباب کیا جا سکتا ہے۔

ظہری رسغی رباط کے نیچے وتروں کے لئے چھ زلابی غلاف ہوتے ہیں' اور یہ ان چھ قنالوں کے متناظر ہوتے ہیں جو اس رباط سے بنتی ہیں۔ جس غلاف میں وتری زلابی التہاب (teno-synovitis) کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ عضلہ بعدہ طویلہ ابہامیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ قصیرہ ابہامیہ (extensor brevis pollicis) کا غلاف ہے۔ یہ کعبری زائدہ ابریہ سے $\frac{3}{4}$ انچ اوپر سے شروع ہو کر پہلے رسغی پس رسغی جوڑ تک جاتا ہے۔ دوسرے غلاف اوپر کی طرف ظہری رسغی رباط کے بالائی کنارہ تک پہنچتے ہیں مگر دونوں کعبری باسطات کے غلاف اس رباط سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ باسطہ خنصریہ (extensor minimi digiti) کے غلاف بُعدی رخ میں بعد رسغیہ کے وسط تک جاتے ہیں۔ لیکن عضلہ باسطہ اشاریہ (extensor indicis) کا غلاف بعد رسغیہ تک مشکل ہی سے پہنچتا ہے۔ دوسرے غلاف اوتار کے ساتھ ساتھ ان کے منتہاؤں تک جاتے ہیں۔ ان غلافوں کے زلابی استر اور شکن کالیس کے کسر (Colles's fracture) میں مجروح ہو جاتے ہیں اور اگر انضمامات کا انسداد نہ کیا جائے تو یہ پیدا ہو جاتے ہیں۔

عروق خون اور عروق لمف۔ ہاتھ میں رسد خون بہت کافی مقدار میں ہوتی ہے اور حقیقت یہ ہے کہ لباب انگشت جسم کے نہایت کثیر العروق حصوں میں سے ہے۔ کفی محرابوں کے عمل کا ذکر کیا جا چکا ہے۔ کسی ایک کفی محراب کا خون اکیلی کعبری یا زندی شریان کو باندھنے سے بند نہیں کیا جا سکتا کیونکہ ان محرابوں کا تعلق دونوں عروق سے ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں عروق کو بیک وقت باندھنے سے بھی کوئی بہتر اثر نہیں ہوتا جسکی وجہ یہ ہے کہ کفی محرابوں اور بین العظامی عروق کے درمیان تفمم موجود ہوتا ہے۔ دونوں کفی محرابوں کا تفمم بڑے بڑے 351
عروق کے تفوہ اور اس ربط وراہ سے قائم ہوتا ہے جو سطحی محراب کی اصبعی شاخوں اور زیادہ گہرے عروق کی کفی بین العظامی شاخوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ ہتھیلی کے جریان خون میں کعبری اور زندی شریانوں کا بیک وقت باندھنا بھی بعض اوقات ایسے واقعات میں مکمل طور پر ناکام ثابت ہوا ہے جنمیں محرابوں کے ساتھ یا تو بڑے بڑے غیر طبعی بین العظامی عروق آ کر بکثرت متحد ہوتے ہیں اور یہ کم و بیش طور پر انکے قائم مقام ہوتے ہیں' اور یا انکی جگہ ایک بڑی" وسطی شریان" موجود ہوتی ہے۔ جب محرابوں کا کعبری یا زندی حصہ ناقص ہوتا ہے تو یہ نقص کسی دوسرے عرق سے پورا ہوتا ہے! اور یہ معلوم کرنا مناسب ہو گا کہ یہ کمی زیادہ کثرت کے ساتھ یا تو سطحی محراب میں پائی جاتی ہے یا زندی محراب میں۔

جس مقام پر کعبری شریان ہاتھ کی پشت پر سے ہو کر ہتھیلی کے گہرے حصہ میں داخل ہوتی ہے وہاں یہ انگوٹھے کے رسغی بعد رسغی جوڑ کے ساتھ قریبی تماس رکھتی ہے (شکل ۷۵)۔ اگر کبھی سالم انگوٹھے کا بتر کیا جائے تو اس امر کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ مزید برآں پہلی بعد رسغی ہڈی کے استیصال جزئی میں بھی اسکا خیال رکھنا ضروری ہے۔ اگر سطحی راحی شریان عظیم الجسامت ہو تو اس سے بعض اوقات خطرناک جریان خون واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان مستعرض رسغی رباط کی سطح سے منضم ہو جاتی ہے اور اسلئے جب یہ زخمی ہو جاتی ہے تو اسکا پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔

چونکہ انگلیوں اور ہاتھ کی پشت پر کے عروق لمف زیادہ بڑے اور تعداد میں بھی زیادہ ہوتے ہیں اسلئے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان حصوں کے زخموں کے بعد ہتھیلی کے زخموں کے مقابلہ میں التہاب عروق لمف (lymphangitis) زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔

ہڈیاں اور جوڑ۔ بعدی کعبری زندی جوڑ کو ایک مضبوط مثلثی لیفی غضروف

مفصلی قرص) سہارے ہوتا ہے۔ اور ان ہڈیوں کے درمیان جو رباطی تعلقات موجود ہوتے ہیں انمیں سے یہ مضبوط ترین اور اہم ترین ہوتا ہے۔ عضلہ باسط خنصریہ (extensor quiniti digiti) کا زلابی غلاف بعض اوقات اس جوڑ سے مربوط ہوتا ہے اور اس لئے اس مفصل کے مرض سے یہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

352 **پونہچے کے جوڑ کی قوت** کا انحصار اتنا اسکے میکانیتی خاکہ اور رباطات پر نہیں ہوتا جتنا کہ ان کثیر التعداد مضبوط اوتار پر ہوتا ہے جو اسکے اردگرد موجود ہوتے ہیں اور اس مفصل کے قریب کی ہڈیوں سے قریبی طور پر بستہ ہوتے ہیں۔ مزید برآں پونہچے کی حالت میں طویل بیرم جوڑ کی بعدی جانب پر نہیں پایا جاتا۔ راحی کعبری رسغی رباط اس جوڑ کا مضبوط ترین رباط ہوتا ہے مگر ظہری کمزور ترین ہوتا ہے۔ قبل الذکر ساخت بسط کردگی کو اور موخر الذکر خم کردگی کو محدود رکھتی ہے۔ لیکن پھر بھی جبری بسط کردگی سے پیدا شدہ تضرر بہت زیادہ عام ہوتا ہے کیونکہ جب کبھی آدمی ہاتھ کے بل گرتا ہے تو ہاتھ کی پشت (جبری خم کردگی) کے بل گرنے کے مقابلہ میں زیادہ تر ہتھیلی (جبری بسط کردگی) کے بل ہی گرتا ہے۔ ظہری رباط کے تپلا ہونے اور نیز جوڑ کے پچھلے حصہ کے محل کے زیادہ سطحی ہونے کی وجہ سے پونہچے کے جوڑ کے مرض میں جو انصباب دکھائی دیتا ہے وہ اول اول ہاتھ کی پشت پر نظر آتا ہے۔

پونہچے کے حرکات بین رسغی جوڑ (رسغی ہڈیوں کی پہلی اور دوسری قطار کے درمیان کا جوڑ) میں بھی اتنی آزادی ہی سے واقع ہوتے ہیں جتنی سے کہ یہ کعبری رسغی جوڑ میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۷)۔ کعبری رسغی جوڑ کا محور ایسا ہوتا ہے کہ خم کردگی میں ہتھیلی کا منہ زندی جانب کو ہوتا ہے مگر بین رسغی (mid-carpal) جوڑ پر خم کردگی واقع ہونے کی صورت میں ہتھیلی کعبری جانب کی طرف کو حرکت کرتی ہے۔ جب حرکت دونوں جوڑوں پر واقع ہوتی ہے تو یہ رجحانات متوازن ہوجاتے ہیں اور خالص خم کردگی پیدا ہوجاتی ہے۔ عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کا وتر بین رسغی جوڑ کے محور کے آگے کی طرف اور کعبری رسغی جوڑ کے پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ ایک جوڑ میں تو خم کردگی پیدا کرتا ہے اور دوسرے میں بسط کردگی (ایش ڈاؤن: Ashdowne)۔

پوہنچے پر جو عضلات فعل کرتے ہیں ان سے عضلات کے ان مختلف افعال کی مثالیں پیش کیجا سکتی ہیں جو ارادی حرکت پیدا کرنے میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلہ (۱) **محرک اعلیٰ** (prime mover) کے طور پر بھی کام کر سکتا ہے، اور (۲) **متضاد** (antagonist)، (۳) **متحد الفعل** (synergic) اور (۴) تثبیتی عضلہ کے طور پر بھی مثلاً جب انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں تو عمیق اور سطحی قابضات محرکات اعلیٰ ہوتے ہیں اور انکے فعل کے متضادات انگلیوں کے باسط عضلات ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں انگلیوں کے خم کن عضلات پوہنچے کی خم کردگی بھی پیدا کر دیں اگر پوہنچے
کے باسط عضلات بطور عضلات متحد الفعل اپنا فعل نہ کریں اور جب انگلیوں کے باسط عضلات 353
اپنا فعل کرتے ہیں تو پوہنچے کے خم کن عضلات منقبض ہو جاتے ہیں۔ انگلیوں کی خم کردگی اور بسط کردگی میں پوہنچا رسغیہ کے قابض اور باسط عضلات سے حرکت ناپذیر بنایا جا سکتا ہے، اور یہ عضلات اس حالت میں **عضلات تثبیت** کا کام دیتے ہیں۔ چنانچہ حرکت جو بظاہر سادہ معلوم ہوتی ہے عضلات کے گروہوں کے افعال سے پیدا ہوتا ہے۔ اور اسی پیچیدگی کی وجہ سے افعال عضلات کا مطالعہ کرنے کے ذریعہ سے عصبی ضررات کا تشخیص کرنا بہت مشکل ہو گیا ہے۔ پوہنچے کے عضلات کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ جسم کے تمام عضلات پر بعینہٖ صادق آتا ہے۔ (دیکھو بریورس کرونینین لیکچرس ۱۹۰۳ء: Breever's Croonian Lectures, 1903)۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ قبل اسکے کہ انگلیوں کے خم کن عضلات قوت سے اپنا فعل کریں پوہنچے کا بسط کردگی کی حالت میں ہونا ضروری ہے۔ اگر پوہنچا خم کردہ ہو تو ان کی قوت گرفت زائل ہو جاتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں جن میں پوہنچے کے جوڑ کے اکڑ جانے یا جامی ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اسکو بسط کردگی (ظہری خم کردگی) کی حالت میں باندھنا چاہیئے۔

علاوہ ازیں انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور بنصر کے رسغی بعد رسغی جوڑوں میں تھوڑی سی حرکت پائی جاتی ہے۔ مگر انگوٹھے اور چھنگلی کے انہی جوڑوں میں حرکت آزادانہ واقع ہوتی ہے، اور اسکا محفوظ رکھنا ہاتھ کی عمومی فائدہ مندی کے لئے بہت اہمیت رکھتا ہے۔ وقبی (glenoid) (راحی بعد رسغی سلامی) رباطات انگلیوں کے تین جوڑوں کے سامنے کی طرف پر بعدی ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتے ہیں مگر قربی سے ڈھیلے طور پر ہی چپکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ بعدی ہڈی کے عقبی خلع میں ایسا ہوتا ہے کہ وقبی رباط اسکے ساتھ ہی چلا جاتا ہے اور ترجیع میں بہت رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ اکیلے وسطی اور بعدی سلامیات کو خم کرتے وقت یہ ظاہر ہو جائے گا کہ پہلے

قربی سلامیہ کا وترِ باسطہ کے ذریعہ سے مثبت ہونا ضروری ہوتا ہے اور عضلات باسطہ کے شلل میں صرف انہی دونوں جوڑوں کی خم کردگی ناممکن ہوتی ہے۔

انگلی کے بعدی جوڑ کو ساتھ کے وسطی سلامیہ کو خم کئے بغیر خمیدہ کرنے کی طاقت بہت کم
354 اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ لیکن آخری سلامیات کے گرد و نواح کے بعض التہابی عوارض میں



شکل ۷۹۔ کالیس کے کسر کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ زند کا زائدہ ابریہ بھی مکسور ہے۔ زورقی کے کسر کا عام محل بھی دکھایا گیا ہے۔

سرے کا جوڑ خمیدہ وضع میں مثبت دکھائی دیتا ہے، حالانکہ انگلی کے دوسرے جوڑ سیدھے ہوتے ہیں۔ یہ حالت انگلی کے وترِ باسطہ کے جزوی یا مکمل انشقاق سے پیدا ہوتی ہے جو عام طور پر انگلیوں کی انتہائی گانٹھوں پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

کالیس کا کسر (Colles's fracture)۔ یہ نام ایک کسر کو دیا گیا ہے جو کعبرہ کے نیچے کے سرے میں پونہچے کے جوڑ سے ½ سے ۱ انچ اوپر تک واقع ہوتا ہے (شکل ۷۹)۔ اس میں ایک معین بدشکلی پائی جاتی ہے اور یہ ہمیشہ بالواسطہ چوٹ مثلاً پھیلے ہوئے ہاتھ پر گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس امر کے لئے معقول وجوہ موجود ہیں کہ ہڈی کو اس مقام پر کیوں ٹوٹنا چاہئے۔ کعبرہ کا

نیچے کا سرا بہت اسفنجی ہوتا ہے، مگر پوری ہیں بستہ ہڈی کی بہت مقدار موجود ہوتی ہے مفصلی سطح سے $\frac{3}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہڈی کے یہ دونوں حصے ملتے ہیں اور انکی کثافت کا رجحان جو بہت ہی غیر مساوی ہوتی ہے، اس کسر کو اسی محل میں محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس ضرر کے میکانیہ 355
کے متعلق ابھی تک بہت سی مختلف رائیں قائم ہیں اور اس مضمون پر بہت کچھ لکھا جا چکا ہے۔ پروفیسر چین (Chiene) نے اس ضرر کے متعلق جو کچھ بیان کیا ہے وہ ذیل میں دیا جاتا ہے۔ اس ضرر کی نوعیت کے سلسلہ میں جو نظریہ جات عمومی طور پر تسلیم کئے جاتے ہیں انکی توضیح بہت اچھی طرح سے ہوتی ہے کالیس (Colles) کے کسر کی بدشکلی کا انحصار تمام تر نیچے کے ٹکڑے کی غیر وضعیت پر ہوتا ہے۔

یہ غیر وضعیت سہ طرفہ ہوتی ہے۔ (ا) خلفی، جہاں تک کلائی کے مقدم موخر قطر کا تعلق ہے۔ (ب) رسنی سطح کی خلفی گردش کلائی کے مستعرض قطر پر۔ (ج) اُس دائرہ کی قوس پہ گردش جسکا مرکز رباط مثلثی کی زندی چسپیدگی پر واقع ہوتا ہے۔ اس دائرہ کا قطر وہ خط ہوتا ہے جو رباط مثلثی کی زندی چسپیدگی سے لیکر کعبرہ کے زائدہ ابریہ کی نوک تک کھینچا جائے۔

۵۰ فیصدی سے زیادہ واقعات میں، زند کا زائدہ ابریہ بھی اس قوت سے ٹوٹ جاتا ہے جو مثلثی لیفی غضروف میں سے منتقل ہوتی ہے (مورٹن: Morton)۔ اس گردشی غیر وضعیت کی وجہ سے دونوں زوائد ابریہ کی نوکیں ایک لیول پر آجاتی ہیں یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کعبری زائدہ زندی کے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ تقریباً ہر واقعہ میں ایک ٹکڑا دوسرے میں گھس جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کی ظہری جانب پر جو ٹھوس بافت ہوتی ہے وہ (اسی قوت کے تسلسل سے جس سے ہڈی ٹوٹی ہے) اس اسفنجی بافت کے اندر چلی جاتی ہے جو نیچے کے ٹکڑے کی کفی جانب پر ہوتی ہے۔ ایسا صرف بہت ہی نادر الوقوع مثالوں میں ہوتا ہے کہ ٹکڑے اس حد تک ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں کہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھ جائیں۔ ایسے واقعات میں کعبری زندی رباطات شائد منشق ہوجاتے ہیں۔ اور پونہچے میں کالیس (Colles) کے کسر کی وہ معیاری بدشکلی نہیں پائی جاتی۔ ۱۷۰ واقعات کی جو کالیس کا کسر تشخیص کئے گئے تھے شعاع نگارشوں کا مطالعہ کرنے سے ڈاکٹر آر۔ مورٹن (Dr. R. Morton) نے یہ معلوم کیا کہ ۳ میں کسر اور خلع دونوں موجود تھے اور ۱۱ میں نیچے کا کعبری بربالہ

علیٰحدہ ہوگیا تھا - یہ بربالہ اتفاقی ضرب سے اکثر علیٰحدہ ہوجاتا ہے۔ بیسویں سال کے قریب یہ پوری سے متحد ہوتا ہے اور اسکا مقام اتحاد ایک خط سے ظاہر ہوتا ہے، جو تقریباً افقی ہوتا ہے۔ 356
یہ بربالہ ایک رخچہ پر جوز ند کے لئے ہوتا ہے اور عضلہ عضدیہ کعبریہ کے منتہی پر مشتمل ہوتا ہے۔

جب سے امتحان کے لئے شعاع نگاری کے طریقے رائج ہوئے ہیں اسوقت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ بہت سی چوٹیں جو پہلے موچیں تصور کر لی جاتی تھیں فی الحقیقت **رسغی ہڈیوں کے کسر یا انکی تغیر وضعیت یا بعد رسغیہ کے کسر** سے پیدا ہوتی ہیں -

پانچ **مفصلی زلالی کہفے** ہیں جو رسغیہ سے تعلق رکھتے ہیں (شکل ۴۰) - یہ مندرجہ ذیل محلات پر واقع ہوتے ہیں - (ا) رسغیہ اور کلائی کی ہڈیوں کے درمیان - یہ بعض اوقات زیریں کعبری زندی کہفہ سے مثلثی لیفی غضروف (مفصلی قرص) کے ذریعہ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔ (ب) کلاب نما (unciform) ہڈی اور چوتھے اور پانچویں بعد رسغیوں کے درمیان۔ (ج) انگوٹھے کے بعد رسغیہ اور عظم منحرفہ (trapezium) کے درمیان - (د) تمام رسغی ہڈیوں کے درمیان جو دوسرے اور تیسرے اصابع کے رسغی بعد رسغی جوڑوں تک پھیلے ہوتے ہیں - (ہ) عظم مشنگہ اور فانہ نما ہڈیوں کے درمیان - (ب)، (ج) اور (د) کہفے اکثر آپس میں ایک دوسرے سے ملجاتے ہیں اور ایک بڑا اور پیچیدہ جوڑ بنجاتا ہے۔

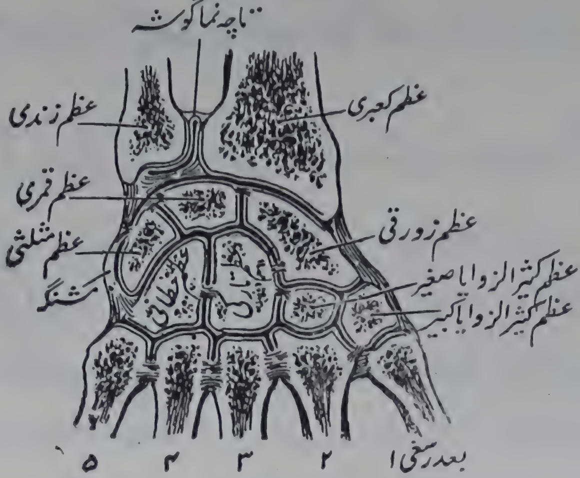
سفینیہ (scaphoid) کا کسر یا تو کھلی ہتھیلی کے بل گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے اور یا بلا واسطہ ضرب کا - یہ "ناس دانی" (snuff-box) کے فرش پر واقع ہوتی ہے اور وہاں اسکا حس کیا جاسکتا ہے عظم نیم قمری (semilunar) اکثر اپنی جگہ سے ہل جاتی ہے اور بعد رسغی ہڈیوں میں سے پانچویں نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے

خلوع - ا - پونہچے کے جوڑ کے - مذکورۂ بالا وجوہ کی بنا پر یہ جوڑ اسقدر مضبوط ہوتا ہے کہ رسغی کعبری خلع نہایت ہی شاذ طور پر واقع ہوتا ہے۔ اور جب کبھی ایسے خلوع واقع ہوتے ہیں تو انہی وجوہ کی بنا پر یہ بالعموم بہت پیچیدہ ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ جلد کی دریدگی، اوتار کا انشقاق، زلالی غلافوں کا ضرر، اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسر پایا جاتا ہے۔

دسغیہ کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف کو ہوتے ہیں' اور یا آگے کی طرف کو۔موخر الذکر نہایت ہی نادر الوقوع ہیں۔

۲۔ عظم کبیر (os magnum: عظم تارکی (os capitatum: کا خلع۔

357 ہاتھ کی جبری خم کردگی میں عظم کبیر (os magnum) طبعاً پیچھے کی طرف کو پھسل کر ہاتھ کی پشت پر



شکل ۸۰۔ پونہچے کا جوڑ۔

کننگہم : Cunningham کے مطابق۔ٹیکسٹ بک آف اناٹومی)۔

357 اُبھر آتی ہے۔بہت انتہائی خم کردگی میں جیسا کہ ڈگیوں (kunckles) پر یا بعد رسغیہ کی پشت پر گرنے میں ہوتا ہے' اس ہڈی کی یہ خلفی حرکت بعض اوقات اسقدر ہوتی ہے کہ اس کا جزوی خلع واقع ہوجاتا ہے۔اور اس خلع کے ساتھ رباطات کا کسیقدر انشقاق بھی پایا جاتا ہے۔

۳۔ انگوٹھے کے بعد رسغی سلامی جوڑوں کے خلوع۔اس خلع میں خربی سلامیہ بالعموم پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور چونکہ اس کی ترجیع میں اکثر بہت دقت پیش آتی ہے اسلئے یہ ضرر دلچسپی رکھتا ہے۔ترجیع میں اس جوڑ کی کفی جانب پر کالیفی غضروفی صحفہ

(کفی ، وقبی یا راحی معین رباط) رکاوٹ پیدا کرتا ہے ۔ یہ صحفہ سلامیہ سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور طرفین پر جانبی رباطات سے ملا ہوتا ہے ۔ جب یہ سلامیہ خلوع ہو جاتا ہے تو وقبی لیفی
358 غضروف (glenoid fibro-cartilage) سمسمانی ہڈیاں اور عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے اوتار بھی اسکے ساتھ ہی ٹل جاتے ہیں اور نیز عضلہ قابضہ طویلہ کا وتر بعد رسغی ہڈی کی گردن کے گرد لپٹ جاتا ہے ۔ اگر ترجیع میں زیادہ تر رکاوٹ لیفی غضروف کے بعد رسغیہ کے سر کے پیچھے کی طرف ٹل جانے ہی سے پیدا ہوتی ہے ۔ جوڑ کی موخر جانب پر شگاف دینے سے تنیدہ ساختیں بغیر کسی شدید نقصان کے ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جراح اس خلع کی ترجیع کر سکتا ہے ۔

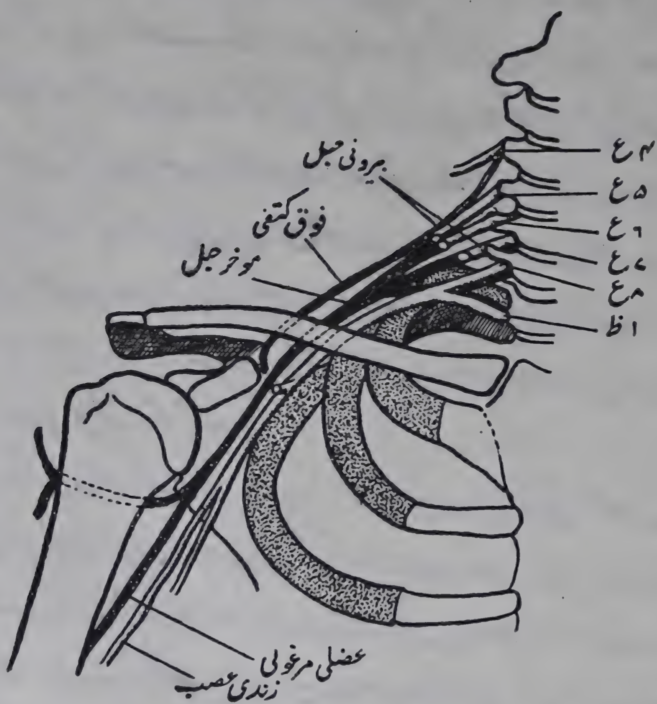
شدید چوٹ سے ایک یا زیادہ انگلیوں کا **قلع** (avulsion) ہو سکتا ہے ۔ ایسی حالتوں میں جو انگلی علیحدہ ہو جاتی ہے وہ اپنے ساتھ اپنے بعض یا تمام اوتار بھی لے جاتی ہے ۔ یہ اوتار عملی طور پر پیش بازو ہی میں سے کھنچ آتے ہیں اور انکا طول بعض اوقات معتدبہ ہوتا ہے ۔ جب انگلی کے ساتھ صرف ایک ہی وتر ٹوٹ کر نکلتا ہے تو یہ بالعموم عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کا ہوتا ہے ۔

باب شانزدہم 359

جارحۂ اعلیٰ کی عصبی رسد

سابقہ ابواب میں ہم نے بازو کے ہر ایک عصبی تنے کے جراحی تعلقات کا مختصراً ذکر کیا ہے اب جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد کا بحیثیت مجموعی بیان کرنا مناسب ہوگا۔ جسم انسان اولاً قطعات میں مرتب ہے۔ کھوپری اور عمودِ شوکی کے محور کے ساتھ ساتھ ایک تشریحی قطعہ کے بعد دوسرا تشریحی قطعہ واقع ہے، اور ہر قطعہ کی اصلی عصبی رسد اپنی ہوتی ہے۔ اس امر کو مدنظر رکھتے ہوئے کہ جوارح دھڑ ہی کی بروں بالیدہ ہیں، ہم یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ جسم کا ہر وہ قطعہ جو جوارح کا متحمل ہے اس کو عصبی رسد بھی مہیا کرتا ہے۔ جنین میں جارحۂ اعلیٰ پانچویں، چھٹے، ساتویں اور آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری قطعوں سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا انہی قطعات کے شوکی اعصاب ہی عضدی ضفیرہ کی تکوین میں حصہ لیتے ہیں (شکل ۸۱)۔ اگر ان قطعی اعصاب کے منظم تفرع کو معلوم کرنا ہو تو جارحہ کو ابتدائی یا جنینی حالت میں رکھنا ضروری ہے، جس میں باسطہ یا ظہری جانب سب سے اوپر ہو، اور کعبرہ اور انگوٹھا جارحہ کے مقدم یا پیش محوری (preaxial) کنارے پر ہوں اور زند اور چھنگلی پس محوری (postaxial) کنارے پر ہوں۔ جب جارحہ اس حالت میں رکھا جاتا ہے (دیکھو شکل ۸۲ ب) تو یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ پانچواں، چھٹا، ساتواں اور آٹھواں عنقی اور پہلا ظہری سب کے سب

اعصاب جارحہ کے پیش محوری کنارہ سے لیکر پس محوری کنارہ تک ایک ترتیب سے متفرع ہیں۔اس ضفیرہ کا وسطی عصب (ساتواں) ہاتھ کے وسطی اصابع کو اور چھوٹا ہاتھ کے پیش محوری کنارے 360
اور آٹھواں اسکے پس محوری کنارے کو رسد پہنچاتا ہے۔پانچواں عنقی اور پہلا ظہری علی الترتیب



شکل ۸۱۔عضلی مرغولی (کعبری radial) عصب کی ظہری پیش محوری اور عصب زندی (ulnar) کی بطنی پس محوری ابتدا کو ظاہر کرتی ہے جو عضدی ضفیرہ سے ہوتی ہے۔

بازو اور پیش بازو کے پیش محوری اور پس محوری کناروں کو رسد پہنچاتے ہیں۔یہ اصلی فلقی اعصاب ہیں لیکن جیسا کہ شکل ۸۱ سے ظاہر ہوگا چوتھا عنقی اور دوسرا ظہری شو کی عصب بھی مختلف جسامت کے ریشے بھیجتا ہے۔ **پیش بستہ** (prefixed) قسم کے عضدی ضفیرہ (دیکھو صفحات 204، 205) میں چوتھا عنقی نسبتاً بہت زیادہ حصہ لیتا ہے اور دوسرا ظہری کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پس بستہ (postfixed) قسم میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ نصف یا اس سے زائد عصبی قطعہ کے شوکی تفرع میں کسی حد تک انفرادی اختلاف پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروریاد رکھنا چاہئیے کہ فلقی تفرع جلد تک ہی محدود نہیں ہوتا بلکہ اس سے جوارح کی تمام عمیق ساختیں اور بالخصوص عضلات متاثر ہوتے ہیں۔ 361

اعصاب کی ایک اور ابتدائی تفریق پر زور دینے کے لئے شکل ۱۸ میں زندی (ulnar) اور عضلی مرغولی (کعبری) اعصاب کے مبادی ظاہر کئے گئے ہیں۔ جو شوکی اعصاب جوارح کی طرف کو جاتے ہیں وہ فقری سوراخوں میں سے نکلتے ہی بطنی اور ظہری دو قسمتوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ انہیں سے بطنی کا تفرع جارحہ کی خم کن جانب پر ہوتا ہے، اور ظہری کا اسکی باسطہ جانب پر۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئیے کہ زندی عصب آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری سے نکلتا ہے اور عضلی مرغولی عصب پانچوں کے پانچوں اعصاب کی ظہری قسمتوں سے بنتا ہے۔ لیکن اسمیں جو حصہ پہلا ظہری لیتا ہے وہ بالعموم ذرا سا ہی ہوتا ہے۔ نیز یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئیے کہ باسط اعصاب کا رجحان پیش محوری اور خم کن اعصاب کا پس محوری ہونے کی طرف ہوتا ہے۔

مزید برآں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ **عضلہ ایک ہی شوکی عصب کا محتاج نہیں ہوتا**۔ عضلی شاخ میں ہمیشہ دو یا دو سے زائد شوکی اعصاب کے ریشے پائے جاتے ہیں۔ لہٰذا ایک ہی شوکی عصب کے کٹنے سے کسی عضلہ کا صرف جزوی شلل ہی نمودار ہوتا ہے، اور یہ کبھی بھی مکمل نہیں ہوتا۔ حبل شوکی کے اندر کے وہ خلوی مراکز جن سے عضدی ضفیرہ کے عصبی ریشے تعلق رکھتے ہیں فعلی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ اکثر عضلات کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے، اور ان کا تعلق مختلف افعال یا حرکات سے ہوتا ہے، اسلئے یہ ضروری ہے کہ ان تک ریشے مختلف خلوی مراکز سے پہنچیں۔ لہٰذا یہ ریشے حبل شوکی سے مختلف شوکی اعصاب کے ذریعہ سے نکل کر آتے ہیں۔ کسی عضلہ میں مکمل شلل پیدا کرنے کے لئے تمام شوکی اعصاب کو جن سے اسکی عصبی رسد آتی ہے کاٹنا ضروری ہوتا ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک فعل کے لحاظ سے تو مشلول ہو اور دوسرے کے لحاظ سے فعال (کولن میکنزی: Colin Mackenzie)۔ یہ بھی ضروریاد رکھنا چاہئیے کہ عضلہ کو صرف حرکی یا درآر رسد ہی نہیں پہنچتی، بلکہ اسمیں حسی یا برآر رسد بھی نہایت افراط سے موجود ہوتی ہے۔

ان موخرالذکر ریشوں سے ہم **عمیق دباؤ اور انقباض یا درد کا درجہ** معلوم کرتے ہیں۔ 362

درآر ریشے جو اوتار اور رباطات اور مفاصل اور ہڈی سے شروع ہوتے ہیں وہ بھی اعصاب کی عضلی شاخوں میں پائے جاتے ہیں۔ جن اعصاب کی ابتدا ان تمام ساختوں سے ہوتی ہے وہ **عمیق حس پذیری** کا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ جو درآر تہیّجات ان اعصاب کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں ان سے فتور کی بعض حالتوں میں **درد کا احساس** پیدا ہوتا ہے۔

سطحی یا جلدی حس پذیری کے اعصاب جلد میں سے شروع ہوتے ہیں۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کے مطابق جلدی اعصاب کے ریشے دو گروہوں پر مشتمل ہیں۔ (ا) وہ ریشے جو اس حس پذیری کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انہوں نے نخز مرضی حس پذیری (protopathic sensibility) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ ریشے درد خیز تہیّجات کو منتقل کرتے ہیں۔ یعنی ایسے تہیّجات کو جو تضرر سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً پن کی چبھن وغیرہ یا جو ایسے اجسام سے پیدا ہوتے ہیں جنکی تپش جلد کی طبعی تپش سے بہت زیادہ یا کم ہوتی ہے (۲) وہ ریشے جو اُس حس پذیری کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انہی مصنفین نے برناقد حس پذیری (epicritic sensibility) کا نام دیا ہے۔ موخرالذکر کم سے کم تین قسموں سے ہوتے ہیں۔ (ا) وہ جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو کسی ہلکی چیز مثلاً روئی سے چھونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ب) وہ ریشے جو ان اشیا سے پیدا شدہ تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو جسم کی تپش سے بہت زیادہ گرم نہ ہوں۔ (ج) وہ ریشے جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو ان اشیائ سے پیدا ہوتے ہیں جنکی تپش جلد کی تپش سے بہت کم نہیں ہوتی۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کا یہ بیان ہے کہ جب کوئی ایسا جلدی عصب جو ہاتھ یا بازو کے بُعدی حصہ کو جاتا ہو کاٹ دیا جاتا ہے تو جس رقبہ میں پن کی چبھن کی حس پذیری زائل ہو جاتی ہے وہ اس عصب کے تشریحی تفرع کے رقبہ سے بہت کم ہوتا ہے۔ مگر ہلکے لمس کا فقدان تقریباً تشریحی تفرع کے رقبہ کا تناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ 375)۔ دوسرے لفظوں میں یہ کہا جا سکتا ہے کہ جارحہ کے بُعدی حصوں میں نخز مرضی حس پذیری کے منفصلہ نظامات کے تفرع میں ایک بڑی حد تک تراکب

ے دیکھو صفحہ 144-

پایا جاتا ہے، مگر اسکے قسربی یا قاعدی حصوں میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے اور برناقد (epicritic)
363 نظام میں زیادہ تراکب پایا جاتا ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ اگر کسی عصب میں ٹانکے لگنے کے بعد عمل اندمال جاری ہو تو اسکے طبعی تفرع کے رقبہ میں نخز، مرضی (protopathic) حس پذیری برناقد (epicritic) حس پذیری سے پہلے لوٹ آتی ہے۔ مزید برآں یہ امر بھی مشاہدہ میں آچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عصب کسی عنقی پسلی کے مقابل یا کسی مندمل ہوتے ہوئے ندبہ میں مضغوط ہو رہا ہو تو نخز، مرضی حس پذیری کا رقبہ برناقد حس پذیری کے رقبہ کی نسبت زیادہ چھوٹا یا تنگ ہوتا ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford)۔ مگر اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہیئے کہ ٹروٹر (Trotter) اور مورسٹن ڈیویز (Morriston Davies) اور ٹائنیل (Tinel) حس پذیری کی ایسی واضح تفریق دریافت کرنے میں ناکام رہے ہیں، اور نیز انھوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان حس پذیریوں کے رقبہ جات تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں اور یہ تقریباً ایک ہی وقت پر لوٹ آتی ہیں۔

جوارح کے اعصاب کے ضغطہ یا دیگر ضررات میں **عرقی حرکی نظام کا اختلال** اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جارحہ کی شریانوں کی عرق حرکی رسد پر پروفیسر ونگیٹ ٹوڈ (Prof. WingateTodd) اور اسکے شاگردوں نے مکرر تحقیقات کی ہے۔ گردن کے جبل مشارکی سے ایک خاص شاخ زیر ترقوی (subclavian) شریان کو جاتی ہے جو اس سے اس کے پہلی پسلی تک پہنچنے سے پہلے جا ملتی ہے۔ وسطی اور زندی اعصاب بازو کے نیچے کے حصے سے گزرتے وقت عضدی (brachial) اور دوسری شریانوں کو کثیر التعداد شاخیں بھیجتے ہیں۔ یہ عرق حرکی ریشے عضدی ضفیرہ کے تنوں، احبال اور اعصاب میں سے گزرتے ہیں اور جب کوئی دباؤ پڑتا ہے تو انکے خاص طور پر متضرر ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ اعصاب کے غلاف مضبوط ہوتے ہیں اور یہ اندر کے عصبی ریشہ جات کی معمولی درجہ کی چوٹ وغیرہ سے محافظت کرتے ہیں۔ عرقی غدد کی بھی جو انگلیوں اور ہتھیلی پر بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں نظام مشارکی سے ایک خاص عصبی رسد ہوتی ہے۔ جو ریشے ہتھیلی کے عرقی غدد کو جاتے ہیں وہ عصب وسطی میں سے گزرتے ہیں، کیونکہ ہاتھ کے ان غدد میں صرف اسی عصب کے کاٹنے یا اس کے مشلول ہو جانے ہی سے اختلال واقع ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت ان سے ایک مشللی افراز بافراط پیدا ہوتا ہے۔

جارحہ اعلیٰ کے اعصاب کو ضرر پہنچنے سے جو علامات پیدا ہوتے

ہیں انکا انحصار ضرر رسیدہ مقام پر ہوتا ہے۔ اگر پانچواں شوکی عصب اپنے مبدا (جو
حبل شوکی میں ہوتا ہے) اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ بین فقری سوراخ سے نکلتا ہے عنقی 364
فقرات کے کسر یا انکی بوسیدگی سے کچلا جائے تو ضرر کے بعد معین نما عضلات (rhomboids)
عضلات شوکیہ (spinati)، عضلہ دالیہ ، ذوراسین، عضلہ عضدیہ اور عضلہ عضدیہ کعبریہ
(brachio-radialis) میں جزوی یا مکمل شلل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک عجیب امر ہے کہ
اس ضرر کے ساتھ فقدان حس نہیں پایا جاتا۔ شائد اس امر سے کہ پانچویں عنقی عصب کی موخر جڑیں
بہت چھوٹی ہوتی ہے مذکورہ امر کی توضیح میں مدد مل سکے (ڈبلیو ہیرس: W. Harris)۔ انھو
عنقی اعصاب کے مبدا سے عین اوپر حبل شوکی کو ضرر پہنچنے سے بازو کے زندی نصف کی
جلد عدیم الحس ہو جاتی ہے، اور انگلیوں اور ہاتھ اور پونہچے کے عضلات اور نیز کہنی اور کندھے
کے بھی کچھ عضلات مشلول ہو جائینگے۔ بازو کے عضلات کے مختلف گروہوں کی تعصیبت کیلئے
جو ریشے جاتے ہیں وہ جیسا کہ ہمیں ابھی معلوم ہو چکا ہے حبل کے تناظر قطعات سے پانچویں عنقی
سے لیکر پہلے ظہری عصب تک کے تمام اعصاب کے ذریعہ سے بالترتیب نکلتے ہیں۔ جو ریشے کندھے
کے عضلات مبعدہ کے لئے جاتے ہیں وہ پانچویں عصب میں سے گزرتے ہیں۔ اور عضلات مقربہ کے
چھٹے اور ساتویں عصب میں سے، اور کہنی کے عضلات قابضہ کے پانچویں اور چھٹے اعصاب میں سے،
اور اسکے عضلات باسطہ کے ساتویں اور آٹھویں عصب میں سے، اور پونہچے اور انگلیوں کے
عضلات باسطہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور انکے عضلات قابضہ کے آٹھویں عنقی اور
پہلے ظہری میں سے گزرتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عنقی شوکی عصب شوکی قنال میں سے اس
مقام پر باہر نکلتا ہے جو اس عصب کے بعد کے شوکی عصب کے مبدا کے مقابل ہوتا ہے۔

ہیرنگھم (Herringham) نے جارحہ بالا کے اعصاب کے اندر کے ریشوں کے

معمولی شوکی مبادی اور بڑے بڑے عضلات کی معمولی عصبی رسد کو مندرجہ ذیل طریقہ سے

بیان کیا ہے:—

اعصاب

طویل سدری ۔ ۵ - ۶ - ۷ -

فوق کتفی ۔ ۵ یا ۵ - ۶ -

خارجی (جانبی) جلدی ۔ ۵ - ۶ - ۷ -

داخلی (وسطانی) جلدی ۔ ۱ یا ۸ - ۱ -

عصب داخلی (وسطانی) جلدی ۔ ۱ -

منحنی (بغلی) - ۵ - ۶ -

وسطی ۔ ۶ - ۷ - ۸ - ۱ -

زندی ۔ ۸ - ۱ -

عضلی مرغولی (کعبری) ۔ ۶ - ۷ - ۸ یا ۵ - ۶ - ۷ - ۸ -

عضلات

۳ - ۴ - ۵ ۔ رافع الکتف ۔ 365

۵ ۔ معین نما عضلات ۔

۵ یا ۵ - ۶ ۔ ذوراسین ۔ عضلہ عضدیہ مقدم ۔ فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات ۔ عضلہ مدلجہ صغیرہ ۔

۶ یا ۷ ۔ عضلات باسطہ رسغیہ کعبریہ ۔

۷ ۔ عضلہ غرابیہ عضدیہ ۔ عضلہ عریضہ ظہریہ ۔ پیش بازو کی پشت پر کے عضلات باسطہ مثلثۃ الرؤس کا بیرونی سر ۔

۷ - ۸ ۔ عضلہ مثلثۃ الرؤس کا اندرونی سر ۔

۵ - ۶ ۔ عضلہ والیہ ۔ زیر کتفی عضلہ ۔

۶ ۔ عضلہ مدلجہ کبیرہ ۔ عضلہ کابہ مدلجہ ۔ عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ ۔ عضلہ عضدیہ کعبریہ اور عضلہ باطحہ سطحی ابہامی عضلات ۔

۵ - ۶ - ۷ ۔ عضلہ منشاریہ کبیرہ ۔

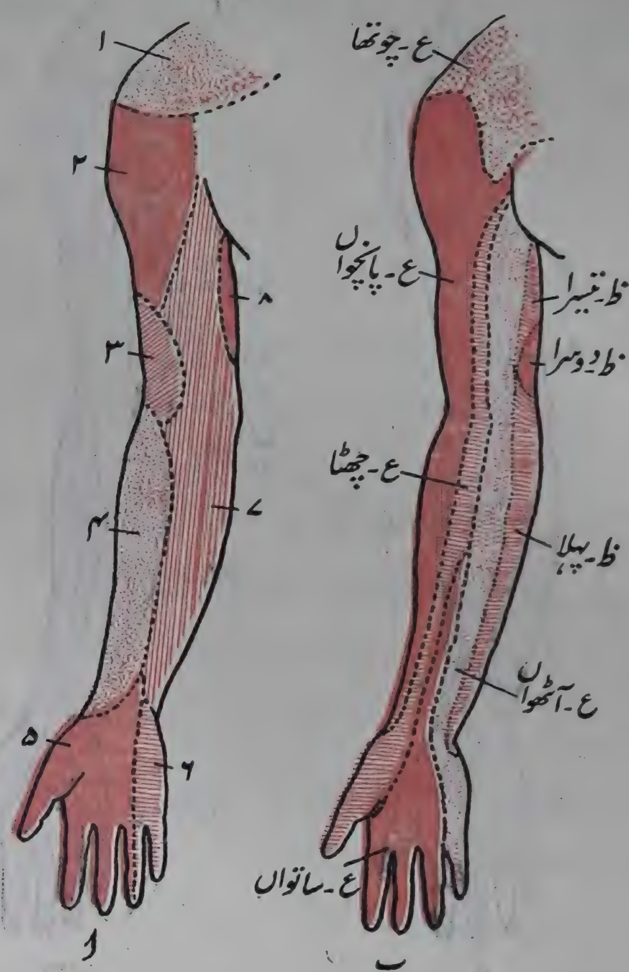
۷ - ۸ - ۱ ۔ عضلہ قابضہ سطحیہ ۔ عضلہ قابضہ عمیقیہ رسغیہ زندیہ طویلہ ابہامیہ ۔ عضلہ کابہ مربعہ ۔

۸ ۔ مثلثۃ الرؤس کا طویل سر ۔ زیر ابہامی عضلات بین العظامی عضلات ۔ عمیق ابہامی عضلات ۔

انگلیوں کی جلدی عصبی رسد کے متعلق یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ

انگوٹھے اور دونوں بیرونی انگلیوں کی اور بنصر کی کعبری طرف کی کفی جانب کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے۔ اور بقیہ ایک اور نصف انگلی کی اسی جانب کو عصب زندی (ulnar) سے رسد پہنچتی ہے (شکل ۸۲)۔ انگوٹھے کی ظہری جانب کو جانبی کعبری جلدی عصب (lateral radial cutaneous) اور انشاریہ اور وسطی کی ظہری جانب کو (دوسرے سلامیہ کے قاعدہ تک) عصب کعبری (radial) رسد پہنچاتا ہے اور ان کے دوسرے اور

تیسرے سلامیات کو عصب وسطی[1] (median) سے رسد پہنچتی ہے۔ چھنگلی اور انگشت خاتم کی



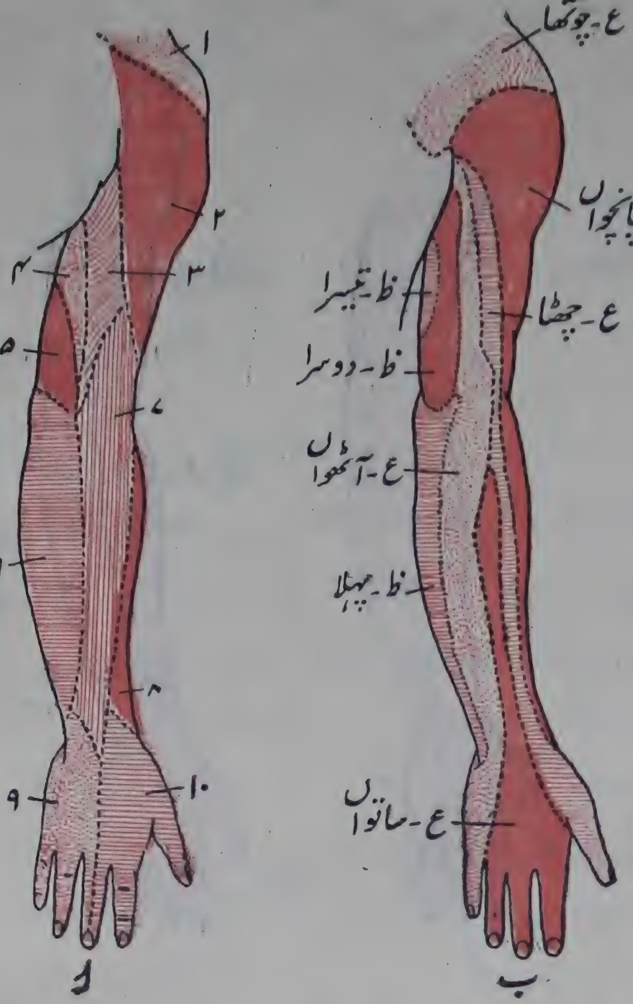
366 شکل ۲۸۲ - ا - بازو کے قابض یا (راحی) رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی عصب کا انقسام۔ ب - اسی رخ پر شوکی (خلقی) اعصاب کا انقسام۔

۱ - موخر فوق ترقوی - ۲ - بغلی - ۳ - بازو کا موخر جلدی - ۴ - عضلی جلدی - ۵ - وسطی - ۶ - زندی - ۷ - وسطی جلدی - ۸ - بین ضلعی ذراعیتی -

---

[1] اس امر کا خیال رہے کہ دونوں بعد، سلامیات کی ظہری جانب پر کسی بطنی عصب کا چلا جانا عمومی قاعدہ سے خلاف ہوتا ہے۔

زندی جانب کو عصب زندی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے۔انگشت خاتم کی کعبری جانب کو دوسرے



شکل ۸۳۔بازو کے باسط یا ظہری رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی عصب کا انقسام۔ 367

ب۔اسی رخ پر شوکی (فلقی) اعصاب کا انقسام۔(ا میں عصب کعبری کو ۳½ اصابع کو اور عصب زندی کو ۱½ اصبع کو رسد پہنچاتے ہوئے دکھانا چاہئے تھا)۔

۱۔موخر فوق ترقوی۔۲۔بغلی۔۳۔وسطی جلدی (کعبری)۔۴۔بازو کا موخر جلدی۔۵۔بین ضلعی ذراعیتی۔۶۔وسطی جلدی۔۷۔ظہری جلدی۔۸۔عضلی جلدی۔۹۔زندی۔۱۰۔کعبری۔

سلامیہ کے قاعدہ تک عصب کعبری (radial) سے رسد پہنچتی ہے اور اس اصبع کے اس جانب کے

بقیہ حصہ کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے (شکل ٨٣)۔ وسطی اور بنصر کے درمیان کی گھائی کو
گاہے گاہے عصب زندی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے، اور کبھی اسکے کچھ حصہ کو زندی سے اور کچھ حصہ کو
کعبری سے رسد پہنچتی ہے۔ (جن جڑوں اور شوکی قطعوں سے یہ اعصاب تعلق رکھتے ہیں انکی وضاحت
شکل ٨٢ اور ٨٣ سے ہو سکتی ہے)۔ ہاتھ کو زیادہ تر رسد ساتویں عصب ہی سے پہنچتی ہے۔ قرب و جوار
کے شوکی اعصاب معمولی نہائی شاخوں کی طرح اپنے تفرع میں ایک بڑی حد تک متراکب ہوتے ہیں۔
عدم حسیت کا رقبہ تشریحی تفرع کے رقبہ سے ہمیشہ چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو کی زندی جانب پر کے
اعصاب جبل کے ان قطعات سے آتے ہیں جن سے مشارکی (حسی) اعصاب نکلکر قلب کو جاتے ہیں۔ پس تو 368
ذبحہ صدری (angina pectoris) میں قلب فی الحقیقت درد کا باعث ہوتا ہے لیکن مریض اس درد کو بعید
بائیں بازو کی زندی جانب پر محسوس کرتا ہے اور اسی سے منسوب بھی کرتا ہے۔

عضدی ضفیرہ کے نیچے کے تنے کا شلل ۔ جن مریضوں میں عنقی پسلی موجود ہوتی
ہے انہیں بازو کے جزوی شلل کے پائے جانے کا ذکر کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 207)۔ ایسا شلل جو
عام طور پر سن بلوغ پر پہنچنے کے جلد بعد نمودار ہونا شروع ہوتا ہے اور جو عورتوں میں مردوں کی نسبت
کثرت سے پایا جاتا ہے وہ عضدی ضفیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کے اس پسلی کو دبانے سے پیدا ہوتا ہے۔
چنانچہ زندی عصب کا رقبہ تفرع ہی سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے (شکل ٨١)۔ وڈ جونز
(Wood Jones) نے یہ ثابت کیا ہے کہ پہلی پسلی کا زیر ترقوی میزاب سب سے نیچے کے تنے سے پیدا
ہوتا ہے اور نیز اس عصب کا دباؤ بعض حالتوں میں پسلی کو خمیدہ کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔
لہذا یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ایسے افراد میں جنہیں عنقی پسلی موجود نہیں تھی سب سے نیچے کے تنے کے تفرع
میں عصبی اختلال موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ سب سے نیچے کے تنے میں جلد
کی زیادہ تر عرق حرکی رسد موجود ہوتی ہے، کیونکہ مذکورہ بالا واقعات میں عرق حرکی شلل کی وجہ سے
جلد اکثر سرخ اور متورم ہوتی ہے۔

وہ شلل جو اُن عصبی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں جو ضفیرہ سے نیچے واقع ہوتے ہیں

اگر صحیح تشخیص کرنا مقصود ہو تو ایسے ضررات فی الحقیقت تھوڑے ہی ہیں جنکا اُتنے ہی غور سے مطالعہ

کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنی غور سے کہ اعصاب کے ضرر کا کیا جاتا ہے۔ ضرر رسیدہ عصب کی تشریح اور فعلیات کے علم ہی کی صرف ضرورت نہیں پڑتی بلکہ ان مختلف حرکتوں کا جاننا بھی ضروری ہوتا ہے جنکو مریض زائل شدہ فعل کی جگہ بعض اوقات اس خوبی سے سرانجام دیتا ہے کہ تجربہ کار ماہر تشخیص کو بھی دھوکا ہو جاتا ہے۔

عضلی مرغولی یا (کعبری) عصب کو اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اس پر

بغل میں دباؤ پڑ سکتا ہے (عکازی شلل)، یا کبھی کبھی عضلی میزاب میں بھی ایسا ہوتا ہے جیسا کہ کرسی یا میز کے سخت کنارے پر بازو رکھکر گہری نیند سو جاتے ہیں، (شب ہفتہ کا شلل)، یا یہ ذراعیہ کی پوری کے کسر کے بعد دشبذ (callus) سے مجروح یا مضغوط ہو جاتا ہے۔ 369

نکمر۔ یہ عضدی ضفیرہ کی موخر حبل سے نکلتا ہے (شکل ۰۰ صفحہ 204)، اور ان تمام شو کی اعصاب سے جو ضفیرہ میں حصہ لیتے ہیں ریشے آکر اس میں ملتے ہیں۔ یہ عصب عصبی عرقی بنڈل کے پیچھے سے بغل کو عبور کرتا ہے اور عضلی عصبی میزاب میں ذراعیہ کی موخر جانب کے گرد ایک ترچھے رخ میں پھر جاتا ہے۔ یہاں یہ ثلاثۃ الرؤس کے اندرونی اور بیرونی سروں کے درمیان اور اس کے طویل سر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ شریان عمیق (profunda artery) بھی ہوتی ہے۔ عضلہ دالیہ deltoid) کے منتہیٰ اور خارجی سر قندال کے درمیانی فاصلہ کے تقریباً نصف پر یہ خارجی بین عضلی فاصل کو منثقب کر کے ذوراسین (biceps) اور باطحہ طویلہ (supinator longus) کی درمیانی فضا میں چلا جاتا ہے۔ کہنی کے خم پر یہ مندرجۂ ذیل شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ (ا) ایک مقدم شاخ جو خالصتہً حسی ہوتی ہے، اور باطحہ طویلہ کے کنارے کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے اور اس کے وتر کے نیچے سے گزر کر کعبری جانب کو مڑ جاتی ہے اور کعبرہ کے جانبی حاشیہ کے گرد پھر جاتی ہے اور پونہچے کی پشت پر تین شاخوں میں تقسیم ہو کر زیر جلدی طور پر ختم ہو جاتی ہے۔ (ب) ایک اہم موخر شاخ یعنی "موخر بین العظامی" (posterior interosseous) جو باطحہ قصیرہ (supinator brevis) میں سے گزر کر کعبرہ کی گردن کی بیرونی جانب کے گرد پھر جاتی ہے اور اسکے بعد کلائی کے عضلات کے درمیان آگے بڑھ جاتی ہے، اور سب کو حرکی شاخیں بھیجتی ہے۔ بین العظامی رباط پر سے گزر کر یہ عصب پونہچے کی پشت پر پہنچ جاتا ہے، اور رسغی اور بعد رسغی ہڈیوں کے جوڑوں اور گرد عظمہ کو ریشے بھیجتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب کا اصلی فعل حرکی ہوتا ہے۔ اس سے مندرجہ ذیل حرکی شاخیں نکلتی ہیں:۔عضلی مرغولی میزاب میں (۱) (ا) مثلثۃ الرؤس کے طویل سر کو، (ب) اس کے اندرونی سر کو، (ج) عضلہ مرفقیہ (anconeous) کے بیرونی سر کو۔ (۲) ذوراسین اور باطحہ طویلہ کے درمیان (ا) باطحہ طویلہ کو، (ب) عضلہ رسغیہ کعبریہ طویلہ کو۔ (۳) کعبرہ کی گردن پر (ا) عضلہ باسطہ رسغیہ کعبریہ قصیرہ کو، (ب) باطحہ قصیرہ کو۔ (۴) کلائی کی پشت پر

370

(ا) عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ کو، (ب) عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ کو، (ج) عضلہ باسطہ خنصریہ کو۔ اور اس سے نیچے (د) عضلہ باسطہ بعد رسغیہ ابہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کو، (ر) عضلہ طویلہ ابہامیہ کو، (س) عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ کو، (ص) عضلہ باسطہ اشاریہ (xtensor indicis) کو۔

حسی شاخیں (۱) ایک داخلی جلدی شاخ جو بازو کے لئے ہوتی ہے بغل کے زیریں حاشیہ کے بالمقابل نکلتی ہے اور پسی اندرونی سطح کو زج (olecranon) تک رسد پہنچاتی ہے۔ (۲) ایک خارجی جلدی شاخ جو اس مقام پر نکلتی ہے جہاں یہ عصب ذراعیہ کی کعبری جانب کے کنارہ کو عبور کرتا ہے۔ یہ بازو کی پسی بیرونی جانب کو رسد پہنچاتی ہے علاوہ ازیں یہ اس تپلی دعچی کو بھی رسد پہنچاتی ہے جو پیش بازو کی پشت پر عضلی مرغولی اور داخلی جلدی اعصاب کے رقبہ جات کے تضرع کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ (۳) مقدم (کعبری) شاخ پونہچے کی پشت پر تین شاخوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ شاخیں ابہامی افراز (بیرونی حصہ)، ہاتھ کی پشت کے بیرونی حصہ، انگوٹھے کی پشت اور انگشت اشاریہ اور وسطی کی پشت کو دوسرے سلامیہ تک اور انگشت خاتم کے ایک ایسے ہی رقبہ کو جو اسکی کعبری جانب پر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ محل مضرت کا جو تعلق شاخوں کے مبادی سے ہوگا ضرر کے سریری مظاہر اسکے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

عضلی مرغولی شلل میں اگر ضرر اوپر واقع ہو، تو (۱) بسط کردگی کی طاقت کے فقدان کے ساتھ ہی ایک ممیز ہیئت بھی دیکھنے میں آتی ہے جسمیں کہنی نصف خمیدہ ہوتی ہے، ہاتھ اکباب کی حالت میں لٹکا ہوتا ہے، اور انگلیاں کسی حد تک خمیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن اگر مشاہد قربی سلامیات کو سہارا دے تو مریض ہر ایک انگلی کے دوسرے اور تیسرے سلامیہ کی بسط کردگی کر سکتا ہے اور اسکی

وجہ یہ ہے کہ بین العظامی عضلات اور عضلات قطنیہ (lumbricales) سے لیکر باسط وتر کے ظہری پھیلاؤ تک ایک صفاقی چسپیدگی موجودگی ہوتی ہے۔ لہذا سرے کے دو سلامیات کو کسی جبیرہ سے سہارا دینے کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ (۲) عضلہ باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے شلل سے پونہچے کی تقریب کمزور ہوجاتی ہے اور یہ حرکت پھر عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) سے کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس حالت میں اسکے ساتھ خم کردگی بھی موجود ہوتی ہے، کیونکہ باسط متوازن کشش زائل ہوجاتی ہے۔ (۳) انگوٹھے کے باسط عضلات مشلول 371
ہوجاتے ہیں۔ (۴) بطح اب بھی (ذوراسین کے ذریعہ سے) کیا جاسکتا ہے جبکہ کہنی نصف خم کردگی کی حالت میں ہو۔ عضلہ باطحہ قصیرہ (supinator brevis) مشلول ہوجاتا ہے۔ (۵) انگلیوں کی قوت گرفت کمزور ہوجاتی ہے کیونکہ عضلات قابضہ اگرچہ بذات خود متاثر نہیں ہوتے مگر ہاتھ کی خم کردگی کی حالت کی وجہ سے یہ بخوبی اپنا فعل سرانجام نہیں دے سکتے۔ گرفت کے مضبوط ہونے کا امکان صرف اسی وقت ہی ہوسکتا ہے جبکہ ہاتھ پہلے بسط کردگی کی حالت میں ہو۔ (۶) عضلہ باطحہ طویلہ (supinator longus) کی حالت کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ یہ عضلہ اپنے اس نام اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب (باسط) سے رسد وصول کرنے کے باوجود اپنے فعل کے لحاظ سے ایک خم کن عضلہ ہے۔ صحیح سالم بازو میں مریض کی کہنی کو مزاحمت کے مقابلہ میں خمیدہ کروانے سے خاصکر جبکہ اسکی کلائی اکباب اور بطح کی درمیانی حالت میں یہ بخوبی ابھارا جاسکتا ہے۔ کہنی کی ابھری خم کردگی میں یہ ذوراسین سے متحد العمل ہوتا ہے۔ محیطی الاصل عضلی مرغولی شلل میں یہ اتحاد عمل جو ذوراسین کے ساتھ ہوتا ہے زائل ہوجاتا ہے۔ اگر کسی ایسے مریض میں جس میں بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہو کہ عضلی مرغولی ضرر عضلہ باطحہ کو جانے والے عصب کے مبدا سے اوپر واقع ہوئے یہ عضلہ مشلول نہ پایا جائے تو اس امر کے متعلق ضرور شبہ ہونا چاہئے کہ ضرر یا تو جڑ میں ہے یا شوکی ہے یا مسمومیت سیسہ یا ہسٹیریا (hysteria) سے پیدا ہوا ہے۔

حسی تغیرات غیر اہم ہیں کیونکہ دوسرے اعصاب کی طرف سے بہت سا تراکب پایا جاتا ہے۔ اصابع اور ہاتھ کی پشت اور انگوٹھے پر کے سالم رقبہ تفرع میں عدم حسیت شاذونادر ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کی پشت اور وسطی کی نصف پشت پر اور ہاتھ کی پشت کے متناظر حصہ پر یہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ کلائی کا جو رقبہ خارجی جلدی شاخ سے رسد

وصول کرتا ہے اسکے وسط میں بعض اوقات ناقص حسیت (hypoæsthesia) کا ایک تنگ رقبہ پایا جاتا ہے۔تا وقتیکہ ضرر بغل میں اونچا واقع نہ ہو داخلی جلدی شاخ کے تفرع کے خط میں کوئی عدم حسیت نہیں پائی جاتی۔

زندی عصب (ulnar nerve) ضفیرہ کی اندرونی جبل سے شروع ہوتا ہے اور یہ ان ریشوں سے نکلتا ہے جو آٹھویں عنقی اور پہلی صدری جڑوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ شریان کی
372 وسطانی جانب پر یہ بغل کو عبور کرتا ہے اور پھر یہ بازو میں چلاجاتا ہے جہاں یہ عضدی شریان اور وسطی عصب کے پیچھے رہتا ہے۔ بازو کے نیچے کے ایک تہائی حصہ میں یہ ان ساختوں سے بتدریج علیحدہ ہوجاتا ہے اور بین عضلی فاصل میں سے گزرکر بازو کے موخر خانہ میں چلاجاتا ہے۔ اس کے بعد یہ بکری میزاب میں سے ہوکر عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے سے کلائی کے سامنے کی طرف پر آجاتا ہے اور عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ کی بیرونی کور پر عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) میں چلاجاتا ہے۔ عظم مشنگہ (pisiform) کے قریب یہ ایک صفاقی قنال میں سے گزرتا ہے جو مقدم حلقہ نما رباطی مقدم جانب پر عظم مشنگہ اور کلاب نما (unciform) ہڈی کے ہک کے درمیان واقع ہوتی ہے۔یہاں یہ سطحی حسی اور عمیق حرکی دو شاخوں پر منقسم ہوجاتا ہے۔

اسکی **حرکی شاخیں** مندرجۂ ذیل ہیں:۔ (۱) بازو میں کوئی نہیں۔ (۲) پیش بازو میں (ا) عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ کو، (ب) عضلہ قابضہ عمقیہ کے اندرونی دو بنڈلوں کو (ہر ایک کو ایک)۔ (۳) ہاتھ میں عمیق کفی شاخ مندرجۂ ذیل عضلات کو فروع بھیجتی ہے۔ (ا) تمام بین العظامی عضلات کو (ب) دو اندرونی عضلات قطنیہ کو، (ج) زیر ابہامی فراز کے عضلات کو، (د) عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ کے اندرونی سر کو، (س) عضلہ مقربہ ابہامیہ کو۔

حسی شاخیں مندرجۂ ذیل ہیں:۔ (۱) کلائی میں (ا) ایک شاخ کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی شریان کے ساتھ ساتھ جاکر پونہچے پر سطحی ہوجاتی ہے اور پونہچے کی اندرونی جانب اور زیر ابہامی فراز کو رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) ظہری جلدی (dorsal cutaneous) کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زند کے گرد گھوم کر پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور وسطی اور زیریں ثلثوں کے مقام اتصال کے قریب سطحی ہوجاتی ہے اور آخر کی ڈیڑھ انگلی اور ہاتھ اور پونہچے کے اس حصہ کو جو اسکا متناظر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پونہچے کے سامنے کی طرف پر عصب زندی کو

کاٹنے سے اس حصہ میں عدم حسیت کے نمودار ہونے کی امید نہیں کیجاسکتی - ظہری شاخ صرف قربی سلامیات کو رسد پہنچاتی ہے اور بعدی سلامیات کو کفی شاخوں سے رسد پہنچتی ہے -

اس عصب کے ضرر سے جو **سریری مظاہر** پیدا ہوتے ہیں انہیں محل ضرر کے لحاظ سے

373 اختلاف ہوتا ہے - گر ضرر کے اسکی پہلی شاخ کے اوپر واقع ہونے کے لحاظ سے ان پر بحث کرنا موزوں ہوگا - یہ (ا) حرکی، (ب) حسی، (ج) پرورشی ہوتے ہیں - عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے کچھ حصہ کے مشلول ہوجانے کی وجہ سے اندرونی دو انگلیوں کی خم کردگی میں کمزوری آجاتی ہے -

عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) دوسرے عضلات کے ساتھ پونہچے کی خم کردگی کرتا ہے اور ہاتھ کی تقریب کرتا ہے - یہ خم کردگی عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) کے فعل سے بھی ممکن ہوتی ہے لیکن جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) منقبض نہیں ہو رہا - اس حالت میں تقریب اکیلے عضلہ باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے فعل سے عمل میں آتی ہے - لہذا یہ کمزور ہوتی ہے اور اسکے ساتھ بسط کردگی پائی جاتی ہے - بین العظامی عضلات اور اندر کی طرف کے دو عضلات قطنیہ کے شلل سے ہاتھ میں ممیز ترین تغیرات واقع ہوجاتے ہیں - بین العظامی عضلات کے فرائض حسب ذیل ہیں: (ا) انگلیوں کی وسطی کے خط وسطی سے تبعید (ظہری بین العظامی عضلات) اور تقریب (کفی) کرنا، اور (ب) قربی سلامیات کو ہتھیلی پر خم کرنا اور دوسرے اور تیسرے سلامیات کی بسط کردگی کرنا - لہذا ان افعال کو زائل ہوجانا چاہیئے اور یہ درحقیقت زائل بھی ہوجاتے ہیں - لیکن انکی جگہ تندرست عضلات کو "چالاکی" سے کام میں لانے سے ان وظائف کو سرانجام دینے کی کچھ طاقت ظاہر کیجاتی ہے - اگر عصبی ضرر اس مقام سے نیچے واقع ہو جہاں سے عصبی رسد طویل قابضات کو جاتی ہے تو انگلیوں کی خم کردگی اس حالت میں بھی کیجاسکتی ہے - لیکن بعد رسغی سلامی جوڑوں کی خم کردگی جسکے ساتھ بین سلامی مفاصل کی بسط کردگی ہی موجود ہو غیر ممکن ہوتی ہے - جیسا کہ ٹائنل (Tinel) بیان کرتا ہے - خم کردگی انگلیوں کے متسرقی لف (progressive rolling) سے واقع ہوتی ہے جو طویل قابضات کے فعل سے عمل میں آتا ہے - مزید برآں دونوں بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) ہیں جنکو عصب وسطی سے رسد پہنچتی ہے

انگشت اشاریہ اور وسطی کے بین العظامی عضلات کے زائل شدہ فعل کا بدل قائم کرنے کی کسیقدر طاقت موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں اگر عضلات علی حالہ ہوں تو انگلیوں کی زائل شدہ تبعید اور تقریب طویل اوتار کے کمزور فعل سے خفیف سی حد تک قائم ہو جاتی ہے، کیونکہ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) ایک کمزور مبعد ہے اور طویل عضلات قابضہ ضعیف مقربات ہیں۔ ابدال (substitution) کی اس قوت سے ایک غیر محتاط مشاہد کو جو یہ امر معلوم کرنے میں ناکام رہے کہ اس حالت میں تبعید کے ساتھ بسط کردگی اور تقریب کے ساتھ خفیف سی خم کردگی بھی موجود ہے
374 اور نیز حرکت کی وسعت کم ہو گئی ہے دھوکا ہو جاتا ہے۔ ایسا مریض ہاتھ کو میز پر چپٹا رکھ کر انگلیوں کی تبعید اور تقریب نہیں کر سکتا۔ ایسی وضع میں اگرچہ بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں کسی قدر حرکت واقع ہو سکتی ہے مگر انگشت خاتم اور چھنگلی میں کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے شلل کا مظاہرہ سریری طور پر باسانی نہیں کیا جا سکتا۔ مگر عضلہ مقربہ ابہامیہ (adductor pollicis) کا شلل اس طریقہ سے آسانی سے ظاہر کیا جا سکتا ہے کہ مریض کو کاغذ کا ایک تختہ انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے درمیان پکڑا دیا جائے، اور پھر اس سے کہا جائے کہ اس تختہ کو اپنے طبعی ہاتھ سے غیر طبعی ہاتھ میں سے کھینچے۔ طبعی ہاتھ عضلہ مقربہ ابہامیہ کو استعمال کرے گا، اور کاغذ کو انگوٹھے کے بعدی سلامیہ کے قربی حصہ اور انگشت اشاریہ کے پہلے سلامیہ کی بیشں جانبی طرف سے پکڑے گا۔ ضرر رسیدہ ہاتھ غالباً عضلہ مقابلہ (opponens) اور طویل قابضات کو استعمال کریگا۔ اور اسکی گرفت انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے آخری سلامیات کے درمیان چمٹے کی گرفت کی طرح کمزور ہوگی۔ مگر گاہے گاہے مریض اسکی جگہ ایک دوسری چالاکی سے کام لیتا ہے اور کاغذ کو عضلات باسطہ طویلہ کے قوی استعمال سے پکڑتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ان عضلات کے اوتار اور خاصکر پوہنچے پر عضلات ابہامیہ کے اوتار تنیدہ محسوس کئے جاتے ہیں، اور انگوٹھا باہر کیطرف کو پھرا ہوتا ہے۔ یہ چالاکی ایک عورت نے جس میں زندی شلل موجود تھا بہت اچھی طرح سے دکھائی تھی اور سی۔ سی چوائس (C. C. Choyce) نے اسے دیکھا تھا۔

زیر ابہامی افراز کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ اور انکے اوپر کی جلد کے طبعی شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ ابہامی اور زیر ابہامی افرازات کے غائب ہو جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھ چپٹا ہو جاتا ہے اور جب مشاہد مریض کے انگوٹھے اور ہاتھ کے درمیان کے حصہ کو انگلیوں سے پکڑتا ہے تو اسکی انگلیوں کے درمیان کچھ نہیں آتا۔

اندرونی دو عضلات قطنیہ (lumbricales) کے شلل سے بعض اوقات انگشت خاتم اور چھنگلی میں خم کردگی پیدا ہوجاتی ہے اور ترجیح پذیر زندی چنگل (ulnar griffe) کی وضع پیدا ہوجاتی ہے خاصکر جبکہ عضلہ قابضہ عمقیہ علی حالہ ہو۔

عصب وسطی (median nerve)۔ اسکے بیرونی سر میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو چھٹی اور ساتویں عنقی جڑوں سے آتے ہیں اور یہ عضلی جلدی عصب کے قریب بیرونی حبل سے نکلتا ہے۔



ا ب ج د

شکل ۸۴۔ عصب زندی کے کاٹنے کے نتائج (ا۔ ب) اور عصب وسطی کے کاٹنے کے نتائج (ج۔ د)۔
(ہیڈ: Head اور شیرن: Sherren)۔
سیاہ وہ رقبہ ہے جس سے برنا قد حس پذیری اور نخز۔ مرضی حس پذیری غائب ہوگئی ہیں۔
نقطہ دار وہ رقبہ ہے جس سے برنا قد حس پذیری غائب ہوگئی ہے۔

375 اندرونی سر عصب زندی کے قریب اندرونی حبل سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری سے آتے ہیں۔ یہ عصب بغلی شریان کے سامنے واقع ہوتا ہے اور پھر ذوراسین (biceps) کے اندرونی حاشیہ کے نیچے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے۔ یہاں یہ شریان عضدی سے بیش خارجی تعلق رکھتا ہے۔ بازو کے نیچے کے حصہ میں یہ شریان کو عبور کرکے اسکی اندرونی جانب پر پہنچ جاتا ہے۔ عصب زندی بازو کے ثلث زیرین تک اسکے ساتھ ایسی اندرونی قریبی علاقہ رکھتا ہے لہذا بازو کے بالائی دو تہائی حصوں کے ضربات میں وسطی اور زندی اعصاب اور عضدی شریان کو اکٹھا ہی نقصان پہنچتا ہے۔

نیچے کے ایک تہائی حصہ میں عصب وسطی، خط وسطی کی طرف کو چلا جاتا ہے، اور پیش مرفقی فضا میں یہ عضلہ عضدیہ (brachialis) کے اوپر اور شریان مذکور کی وسطانی جانب پر واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ کابہ مدلجہ کعبریہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے درمیان سے گزر جاتا ہے اور انمیں سے جو سر زیادہ عمیق ہوتا ہے وہ اسکو شریان سے علیحدہ کرتا ہے یہاں سے یہ عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ سطحیہ (fiexor sublimis) کے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے، حتیٰ کہ پونہچے کے قریب یہ عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اشاریہ (flexor indicis) کے درمیان تقریباً سطحی ہوجاتا ہے، اور پھر مقدم حلقہ نمار باط کے نیچے سے گزر کر اندرونی اور بیرونی شاخوں پر منقسم ہوجاتا ہے۔

376 **حرکی شاخیں**۔ (۱) بازو میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) کہنی کے نزدیک شاخیں مندرجہ ذیل ترتیب سے نکلتی ہیں۔ (ا) عضلہ کابہ مدلجہ کعبریہ کو (پہلا عصب)، (ب) عضلہ باطحہ مدلجہ کعبریہ کو (دوسرا عصب)، (ج) عضلہ قابضہ رسغیہ کعبریہ اور عضلہ راحیہ طویلہ کو، (د) عضلہ قابضہ سطحیہ کو۔ (۳) پیش بازو میں نیچے کر کے (ا) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (ب) عضلہ قابضہ ابہامیہ طویلہ کو، (ج) ایک شاخ "(مقدم بین العظامی)" ایک بین العظامی رباط کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو عضلہ کابہ مربعہ (pronator quadratus) اور بالائی رسغی مفاصل کو رسد پہنچانے کے لئے جاتی ہے۔ (۴) ہاتھ میں یہ (ا) عضلہ مبعدیہ ابہامیہ، عضلہ مقابلہ اور عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ کے سطحی سر کو تین شاخچوں کے ذریعہ سے جو اسکی بیرونی شاخ میں سے نکلتے ہیں رسد پہنچاتا ہے، (ب) بیرونی دو عضلات قطنیہ (lumbricales) کو اسکی اندرونی شاخ سے رسد پہنچتی ہے۔

حسی شاخیں۔ (۱) کلائی میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) ہاتھ کو جو شاخیں جاتی ہیں وہ یہ ہیں۔ (ا) کفی جلدی (palmar cutaneous) شاخ پونہچے کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور ابہامی افراز کی جلد اور ہتھیلی کو وسطی لکیر تک رسد پہنچاتی ہے۔ (ب) بیرونی انتہائی شاخ انگوٹھے (اندرونی اور بیرونی جانب کو) اور انگشت اشاریہ کی بیرونی جانب کو فروع بھیجتی ہے۔ (ج) اندرونی انتہائی (inner terminal) انگشت اشاریہ کی اندرونی جانب اور وسطی کی دونوں طرفوں اور انگشت اشاریہ کی کعبری جانب کو رسد پہنچاتی ہے۔

اصبعی شاخیں سوائے انگوٹھے کی شاخوں کے جس انگلی کو رسد پہنچاتی ہیں اس کے سرے کے

دو سلامیات کی پشت کو بھی شاخیں بھیجتی ہیں۔

عصب وسطی کے تضرر سے مندرجہ ذیل سربری مظاہر پیدا ہوتے ہیں، بشرطیکہ ضرر مکمل ہو اور کہنی کے اوپر واقع ہو۔ (۱) اکباب (pronation) زائل ہو جاتا ہے۔ (۲) پونہچے کی خم کردگی بہت کمزور ہو جاتی ہے اور صرف عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ سے ہی عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ باطحہ طویلہ (supinator longus) اور عضلہ باسطہ بعد رسغیہ ابہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کے اتحاد عمل سے مدد ملتی ہے۔ (۳) انگوٹھے، انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کردگی زائل ہو جاتی ہے، مگر عضلہ قابضہ عمقیہ سے انگشت اشاریہ اور چھنگلی کی خم کردگی کیجا سکتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ عصب زندی سے وسطی کے عمقی وتر کو ایک چھوٹی سی شاخ جاتی ہے۔ اس حالت میں اسی انگلی میں خم کردگی کی طاقت موجود رہتی ہے۔ انگشت اشاریہ کو خمیدہ کرتے وقت اگر اس انگلی میں بھی کچھ حرکت واقع ہو تو اس سے مشاہد کو مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔ یہ حرکت بعض اوقات ان دونوں انگلیوں کے اوتار باسطہ کے درمیانی صفاقی بند کے کھچنے سے پیدا ہوتی ہے۔ ڈیجرائن (Dejérine) کا 377
کاشف عصب وسطی کا شلل ظاہر کرنے کے لئے مریض کو پونہچے اور انگلیوں کی خم کردگی کرنے کو کہنے سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ جب مریض ایسا کرتا ہے تو انگشت اشاریہ میں بست کردگی واقع ہو جاتی ہے۔ جب مریض مٹھی بند کرتا ہے تو اسکا انگوٹھا خم کردگی اور تقابل کی متحدہ حرکت کرنے کی بجائے بسط کردگی کی حالت میں رہتا ہے۔ (۴) کوئی ایسی ممیز ہئیت نہیں جو اس ضرر کی مظہر ہو۔

اگر تضرر کلائی کے نیچے کے حصہ میں واقع ہو تو مذکورۂ بالا حرکتوں میں سے اکثر برقرار رہتی ہیں لیکن ابہامی افراز مذبول ہو جاتا ہے اور عضلہ مبعدہ ابہامیہ اور عضلہ مقابلہ مشلول ہو جاتے ہیں۔ مگر انکے افعال کا بدل جلدی قائم ہو جاتا ہے اور اسلئے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ قائم ہی ہیں۔ بہرکیف اگر ان مساعی کا تجزیہ کیا جائے جو مریض تقابل کے لئے کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ وہ انگوٹھے اور انگلیوں کی خم کردگی سے اپنا مقصد حاصل کرتا ہے۔

حسی نقصان تقریباً اسی رقبہ پر پایا جاتا ہے جسکو یہ رسد پہنچاتا ہے۔ لیکن اس کے حواشی کے قریب عدم حسیت کی جگہ بعض اوقات ناقص حسیت (hypoæsthesia) پائی جاتی ہے۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱	۱	اَطلاقِی	اِطلاقی	۹۸	۲۳	متہیج	متہیج
″	۸	چاہئیں	چاہیئے	۱۱۴	۱۰	aqueductus	aqueductus
۳	۴	انتصال	انتصالی	۱۳۱	۲۵	کردیی	کردیتی
۲۳	۲۱و۲۲	ذبول	بوسیدگی	۱۳۷	۲	ورید	ورید،
۳۶	۱۷	دماع	دماغ	۱۴۵	۶	(۲)	(ب)
۳۹	۳-۴	ظہرالسراج	ظہرالسرج	۱۵۸	۲۵	باط	رباط
۴۲	۷	ہیں۔	ہیں،	۱۹۸	۱۵	hyopglossus	hyoglossus
۵۲	۲۳	"سماعت الفاظ"	"سماعت الفاظ" کا	″	″	اوپرا	اوپری
۶۴	۱۴	۔	یہ	۲۲۸	۱۷	اذیی	اذینی
۶۵	۴	raphi	raphe	۲۲۹	۲۰	عضلہ منخرفہ (م-م)	حذف کردیا جائے
۷۹	۳	متہیج	متہیج	۲۳۱	۱۲	کثر	اکثر
۸۲	۲۰	ور	اور	″	۱۷	وریول	وریدوں
۹۴	۱	جبہی استرخا	وجہی شلل	۲۳۲	۴	لوزو	لوزہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۲۳	۳	آور	اور	۲۸۳	۱۳	diceps	biceps
۲۳۶	۱۲	درمیان کی	درمیان کے	۲۸۵	۹	مدلجہ	مدلجہ (
۲۴۳	۹	obdominus	abdominis	۲۸۸	۱۲	پھیکنے	پھینکنے
۲۴۳	۹	ہیں	ہوں	۲۹۳	۱۹	طبعی ہوئے	طبعی ہو،
۲۴۵	۵	بغلی	بغل	۲۹۹	۷	ترجیع	ترجیح
〃	〃	مندود	مسدود	۳۰۶	۲	بہول	ہول
۲۴۶	چیشانی	پستا	پستانی	۳۱۷	شکل ۷	فوقانی طویلہ	باطحہ طویلہ
۲۴۷	۱۱	مفاضل	مفاصل	۳۳۰	۱۴	پہونچے	پونہچے
〃	۲۱	غصروف	غضروف	۳۳۹	۱۵-۱۶	درمیان	درمیان پایا جاتا ہے۔
۲۵۰	۱۸	رئوی سکنہ	رئوی سکتہ	۳۴۰	۱۵	کلاب نما ہڈی	کلاب نما
۲۵۷	۴	روران	دوران	۳۴۱	۲	شبکنوں	شکنوں
۲۶۲	۲۵	brachiaiis	brachialis	۳۵۷	۷	ہوتے ہیں۔	ہوتے ہیں (ہتھوڑی انگلی)۔
۲۶۷	۱۴	اگے	آگے	۳۶۱	۱۱	کا۔	کا
〃	۱۷	جانا	جاتا	۳۷۲	۱۴	والید	والیہ (
۲۷۰	۱-حاشیہ	فقیہ المثال	فقید المثال	۳۷۳	۹	xtensor	extensor

JAMMU & KASHMIR UNIVERSITY
LIBRARY
No. 5380
Date 25-8-49
SRINAGAR